

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marianne PLICHET

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
(Médaille d'argent)

Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômée de Médecine du Travail

Née le 6 octobre 1928, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

195

ANOREXIE MENTALE

Etude des facteurs psychiques

Président : M. MICHAUX, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : PLICHET

Prénom : MARIANNE

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

PLICHET (MARIANNE) —
Anorexie mentale. Etude des
facteurs psychiques. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1958, in-8°,
110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

PLICHET (MARIANNE) —
Anorexie mentale. Etude des
facteurs psychiques. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1958, in-8°,
110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

PLICHET (MARIANNE) —
Anorexie mentale. Etude des
facteurs psychiques. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1958, in-8°,
110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

PLICHET (MARIANNE) —
Anorexie mentale. Etude des
facteurs psychiques. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1958, in-8°,
110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marianne PLICHET

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
(Médaille d'argent)

Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômée de Médecine du Travail

Née le 6 octobre 1928, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

195

ANOREXIE MENTALE

Etude des facteurs psychiques

Président : M. MICHAUX, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Port-Royal VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-ptisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.	MM.
Anatomie { DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Neurologie . . . LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.)
Anatomie pathologique . . . { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSEY (F.) GOUYGOU (Ch.)	Obstétrique . . . MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Bactériologie . . . { NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> CHRISTOL (D.)	Ophthalmologie . . . BRÉGEAT (P.) DESIGNES (P.)
Biochimie médicale { ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)	Orthopédie . . . JUDET (R.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.)	Oto-rhino-laryngologie . . . { AUBRY (M.) MADURO (R.)
Dermato-Syphiligraphie . . . DUPERRAT (F.)	Parasitologie . . . BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.) ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	Pathologie chirurgicale . . .
Histologie { COIJARD (R.) N... N...	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>	
Maladies infectieuses BASTIN (R.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)	
Médecine du travail ALBAHARY (C.)	Pathologie expérimentale { LOEPER (J.) MAURICE (P.)
Neuro-chirurgie DAVID (M.)	

	MM.
Pathologie médicale	BOUDIN (G.)
	BOUVIER (J.-B.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	CASTAIGNE (P.)
	CONTE (M.)
	DEROT (M.)
	DOMART (A.)
	LAMOTTE (M.)
	LAROCHE (C.-P.)
	MACREZ (Cl.)
	MILLIEZ (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	ROYER (P.)
	THIEFFRY (St.)
Pédiatrie	TURIAF (J.)
	WOLFROMM (R.)
	N...
	JOSEPH (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKY (Cl.)

	MM.
Pharmacologie . .	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
Physiologie . . .	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	GOUGEROT (L.)
Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . .	CERNÉA (P.)
	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique .	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE (A.)
	HUGUIER (J.)
	LÉGER (L.)
	PADOVANI (P.)
Clinique médicale	ROLIX (M.)
	DREYFUS (Gilbert)
	HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique . .	MARCHAL (G.)
	DE SÈZE (S.)

	MM.
Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique . . .	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires	Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
	LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PLICHET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris

Qui guida nos premiers pas en Médecine et orienta nos études en Psychiatrie.

A MA MERE

MADAME P. BERARD-PLICHET

*Qui berça notre enfance des aventures
d'Ulysse et nous donna le goût des études
psychologiques profondes.*

A MON FRERE ET A SA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

Professeur de Clinique Psychiatrique Infantile

Médecin des Hôpitaux de Paris

Ancien Médecin-Chef de l'Infirmierie Psychiatrique près la Préfecture de Police

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous a fait l'honneur d'en accepter la
présidence.*

*Successivement externe, puis interne
dans son Service et à l'Infirmierie Psychia-
trique, nous avons pu apprécier son ensei-
gnement judicieux et ses conseils éclairés.*

*Qu'il trouve ici l'expression de toute
notre reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

*Dans son Service nous pouvons à loisir
compléter nos études psychiatriques pen-
dant notre année d'Internat de Médaille
d'Argent.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre gratitude.*

A NOS MAITRES PENDANT NOTRE INTERNAT
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. RONDEPIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR L. LE GUILLANT

MONSIEUR LE DOCTEUR G. DAUMEZON

MONSIEUR LE DOCTEUR J. SIGWALD

MONSIEUR LE DOCTEUR J. PORCH'HER

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

A NOS MAITRES PENDANT NOTRE EXTERNAT
DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR P. PETIT

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MOREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR R. ROUQUES

MADAME LE DOCTEUR TH. BERTRAND-FONTAINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. MOUQUIN

A NOS MAITRES PENDANT NOS STAGES DE MEDECINE
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. HARVIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. QUENU

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. DE GENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. GAUDART D'ALLAINES

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMAIRE

A NOS MAITRES PENDANT NOTRE INTERNAT
DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GALLOT

MONSIEUR LE DOCTEUR G. BUREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR D. DUCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR C. KOUPERNICK

MONSIEUR LE DOCTEUR H. EY

MONSIEUR LE DOCTEUR A. DE AJURIAGUERRA

MONSIEUR LE DOCTEUR P. MALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. PICHOT

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DENICKER

MADemoisELLE LE DOCTEUR TH. LEMPERIERRE

A MADAME LE DOCTEUR O. LAURENT LUCAS-CHAMPIONNIERE

A MON JURY DE THESE

L'anorexie mentale est une entité clinique caractérisée par une triade symptomatique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée, survenant chez la jeune fille de préférence, à la suite de conflits psychologiques.

Si la clinique et la thérapeutique furent depuis longtemps codifiées, la pathogénie de cette affection donna lieu à de multiples discussions, car elle pose le problème des rapports du soma et de la psyché.

L'anorexie mentale est la maladie psycho-somatique par excellence. Ces conflits psychologiques retentissent sur le soma et produisent cette triade symptomatique par un mécanisme somato-psycho-somatique suivant notre Maître le Professeur L. MICHAUX.

Nous nous efforcerons dans cette thèse d'envisager les éléments psychiques de cette affection dont l'aspect somatique a fait l'objet de nombreux travaux récents.

HISTORIQUE

Le terme d'anorexie fut employé pour la première fois par Charles LASÈGUE, en avril 1873, dans un mémoire intitulé « De l'Anorexie Hystérique ». Cependant, on peut remarquer la description d'une « phtisie nerveuse » par un auteur anglais, Richard MORTON, en 1689. En France, NAUDEAU, de Saint-Etienne-du-Forez, rapporte, en 1789, une observation sur une « maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extrême pour les aliments ».

C'est à LASÈGUE que revient le mérite d'une description complète clinique de l'anorexie avec ses trois stades : période gastrique, où la jeune fille invoque des troubles gastriques pour restreindre son alimentation; période morale de lutte avec la famille, où l'altération croissante de l'état général contraste avec l'exagération de l'activité physique; période de cachexie où l'opposition de la jeune fille fléchit et permet une guérison rapide par reprise de l'alimentation, à moins que l'état cachectique ne soit trop avancé ou qu'une infection intercurrente ne vienne compliquer un pronostic vital que LASÈGUE signalait déjà comme souvent favorable.

Ses descriptions mettent déjà en valeur les facteurs psychiques déclenchants : jeune fille en mal de mariage, le plus souvent, atmosphère familiale rétrécie et hyperprotectrice; l'état psychologique de cette jeune personne qui se complaît et s'obstine dans cette situation d'enfant gâtée et capricieuse est largement décrit.

Pendant que HUCHARD souligne l'importance des facteurs mentaux en proposant le terme plus général d'« anorexie mentale », en 1883, CHARCOT signale la valeur thérapeutique de l'isolement avec séparation du milieu familial, psychothérapie humaine et compréhensive, mais non sans fermeté; thérapeutique que reprennent DÉJERINE et GAUKLER dans leur ouvrage sur les *Manifestations fonctionnelles des psycho-névroses*.

D'autre part, JANET, en 1910, édifie une première conception pathogénique de l'anorexie, en la classant parmi les troubles viscé-

raux d'origine névrotique. Il distingue deux formes d'anorexie : anorexie hystérique et sitiergie psychasténique, différentes par leur mode évolutif et leur pronostic.

DUPRÉ, enfin, fait entrer l'anorexie mentale dans ses déséquilibres constitutionnels du système nerveux. Ainsi, dès 1919, l'anorexie a une clinique, une thérapeutique et une pathogénie.

Parallèlement les psychiatres anglais découvrent et décrivent l'« aepsia hystérica » telle qu'elle fut dénommée tout d'abord par William GULL en octobre 1873. L'évolution des idées anglaises sur l'anorexie mentale a été relatée récemment avec précision par J. DECOURT.

Cependant, après la description, en 1914, d'une cachexie avec troubles de l'appétit et aménorrhée d'origine hypophysaire par SIMMONDS, une étiologie endocrinienne est recherchée à l'anorexie mentale par de nombreux médecins. Celle-ci est finalement considérée comme une insuffisance fonctionnelle de l'hypophyse (LHERMITTE) devant la fréquence de l'absence de lésions hypophysaires à l'autopsie.

Cette ère endocrinienne dure jusqu'en 1939. Pendant cette époque le syndrome cachectique et l'aménorrhée sont mis en valeur, et les facteurs psychologiques sont mis au second plan. La thérapeutique endocrinienne se révèle bien souvent inefficace si une ambiance psychothérapique ne s'y adjoit pas involontairement.

Les partisans de l'origine mentale de l'anorexie persistent, pourtant, nombreux (CARRIER, N. PÉRON). L. CORNIL et M. SCHACHTER décrivent cette querelle de l'anorexie mentale dans un article en 1939, mentionnant les différentes opinions d'une façon impartiale et concluant sur une étude neuro-physiologique du diencéphale dont les multiples fonctions métaboliques, endocriennes, végétatives et psychiques commencent à être entrevues.

Cependant, à l'étranger, l'anorexie mentale conserve sa physionomie première. En 1942, ESCAMILLA, à l'occasion d'une statistique importante de 595 cas de maladie de Simmonds, personnels et pris dans la littérature, oppose les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives de l'anorexie mentale et de l'insuffisance hypophysaire. Il souligne l'importance des antécédents psychologiques et psychiatriques, la valeur de l'essai thérapeutique psychothérapique pour le diagnostic différentiel.

De nombreux auteurs américains décrivent à nouveau la structure mentale de l'anorexique.

Certains insistent sur l'aspect hystérique de ces malades et considèrent l'anorexie comme un symptôme de conversion hystérique (LORAND). D'autres envisagent l'anorexie souvent accompagnée de

phases boulimiques comme une névrose compulsive avec cachexie (F.-S. DUBOIS).

D'autres remarquent la fréquence de traits schizophréniques (NICOLLE).

Certains décrivent des phases de dépression ou d'excitation accompagnant les alternatives de boulimie et d'anorexie (MEYER et WEINROTH). Ils essaient d'autre part de situer l'anorexie par rapport à l'évolution psychologique de l'enfant telle que l'ont décrite les doctrines freudiennes. L'anorexie dépendrait d'un refus de la sexualité adulte (WALLER, KAUFMANN et DEUTSCH). Pour d'autres auteurs, l'anorexique est restée fixée à un stade antérieur de relations binaires mère-enfant (RYLE, PARDÉE, PALMER).

Les théories psycho-somatiques, enfin, envisageant les incidences neuro-végétatives et viscérales des situations conflictuelles, classent l'anorexie mentale dans les névroses d'organe.

En Allemagne, KUHN donne une interprétation phénoménologique de l'anorexie mentale.

Les théories pavloviennes permettent une interprétation sociologique de cette affection survenant fréquemment au moment de ce passage de la vie de famille à une vie adulte qui nécessite une adaptation sociale plus ou moins complexe.

En France et en Angleterre les travaux de psychiatrie infantile font rechercher l'influence de la constellation familiale dans le développement de la future anorexique, cependant que les travaux de physiologie nerveuse ne font que confirmer l'importance du diencéphale en tant que carrefour psycho-somatique.

ETUDE CLINIQUE

Dans cette étude, nous insisterons surtout sur les aspects psychiques que peuvent revêtir les différents symptômes.

ANOREXIE

C'est le symptôme premier en date qui ne manque jamais. C'est une perte d'appétit au sens strict du terme que la malade exprime par ces mots banaux : « Je n'ai pas faim. » Cependant, un interrogatoire plus précis permet de mieux caractériser ce manque d'appétit.

Parfois, c'est une inappétence vraie. « L'appétit est supprimé sans que la malade éprouve d'autre sensation que le regret d'être privée d'un excitant qui l'invite à la nourriture », disait LASÈGUE. C'est pour essayer de stimuler son appétit, suivant DENIAU dans sa thèse sur l'hystérie gastrique, que la malade recherche les crudités excitantes et acidulées et « tandis qu'elle repousse les potages, le lait, la viande, elle croque à pleines dents les citrons les plus surs et festoye de cornichons et de verjus ».

Ailleurs, l'anorexie est motivée par un sentiment de dégoût. Ce dégoût peut être total, mais bien souvent concerner certains aliments seulement (aliments carnés, œufs, lait). Une signification symbolique a été proposée pour cette sélection alimentaire. Certaines sectes religieuses s'interdisent de tuer un être vivant et, par conséquent, de manger de la viande. Les fruits, les légumes sont acceptés plus longtemps par les anorexiques, exprimant d'une façon orale un désir inconscient de pureté.

Chez d'autres malades, la privation alimentaire dépend de motivations esthétiques. Un régime amaigrissant a été entrepris pour combattre une obésité. Cette obésité est parfois réelle. Elle peut

dépendre d'une phase boulimique précédant l'anorexie. Ce peut être une obésité dépendant d'un dysfonctionnement endocrinien de la puberté.

Bien souvent, cette obésité n'existe que dans l'esprit de la jeune fille qui est inquiète de l'apparition d'une morphologie féminine. Cette honte de la poitrine, cette préoccupation du « profil » dans la crainte de découvrir un gros ventre dépendent de craintes sexuelles dont nous reparlerons.

Ailleurs ce régime alimentaire a été entrepris pour éviter des gastralgies. Cette gastralgie d'ordre réflexe, dit LASÈGUE, est une sensation douloureuse, qui n'existe pas seulement du fait de la nourriture, mais qui persiste, plus ou moins vive dans l'intervalle des repas, tantôt insignifiante, tantôt plus incommode, parfois si atténuée que la malade accuse un malaise général sans pouvoir lui assigner un point fixe. Il faut donc une participation psychique importante pour entreprendre un régime pour des troubles gastriques si banaux.

Ainsi il est possible de distinguer plusieurs modalités de l'anorexie : inappétence vraie, dégoût alimentaire, refus alimentaire actif motivé par des considérations esthétiques et diététiques; enfin, alternatives de boulimie et d'anorexie.

Ces différents aspects de l'anorexie nous semblent être en rapport avec les structures mentales de ces malades, comme nous le verrons plus loin. Il est important de les distinguer, car elles n'existent qu'à la phase de début de l'anorexie mentale. Ultérieurement, il y a accoutumance et perte d'appétit au sens strict du mot.

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Ils sont fréquents, la plupart du temps secondaires à l'anorexie, mais ils peuvent coïncider, voire précéder celle-ci.

Ce sont des troubles dyspeptiques à type de digestions lentes, difficiles, prolongées, s'accompagnant de sensation pénible de gonflement abdominal ou épigastrique.

Les douleurs épigastriques sont fréquentes, mais elles n'ont ni l'horaire, ni la tonalité douloureuse caractéristiques d'un ulcère.

Les vomissements accompagnent d'une façon isolée l'anorexie. Ils peuvent revêtir deux formes : parfois ils sont spontanés, survenant au cours du repas et souvent comme conditionnés par la présence de certaines personnes : parents ou fiancé éventuel. Parfois, ils sont

provoqués à la fin du repas. La duplicité de certaines anorexiques obstinées dans leur refus alimentaire a été souvent décrite ainsi que les cachettes ingénieuses où elles enfouissent leurs détritux alimentaires (matelas, poches sous les robes, W.-C.).

La constipation est fréquente. Mais il peut exister des alternatives de diarrhée et de constipation, des douleurs à type de colique.

Ces troubles intestinaux sont parfois entretenus par la malade. Citons l'abus de laxatifs, l'entretien d'une diarrhée provoquant un amaigrissement plus rapide.

A l'examen clinique, la langue est saburrale, l'haleine forte, l'estomac dilaté par aérophagie, le côlon empâté.

L'examen radiologique confirme l'origine fonctionnelle de ces troubles. Il montre en effet des modifications morphologiques et dynamiques du type digestif, telles que :

- allongement de l'image gastrique avec bas-fond ptosé atteignant ou dépassant en bas la ligne bis-iliaque;
- diminution, parfois très considérable, de la motricité gastrique avec contractions lentes, rares, peu efficaces, aboutissant à un ralentissement marqué de l'évacuation de l'estomac;
- atonie et stase au niveau de l'intestin où le repas baryté progresse très lentement.

L'étude du liquide gastrique retiré après injection d'histamine montre un volume du liquide sécrété inférieur à la normale, une diminution de l'acide chlorhydrique libre, une conservation relative de l'acidité totale.

En résumé,

Il s'agit donc, le plus souvent, d'un hypofonctionnement global du tube digestif, parfois d'un dysfonctionnement avec hyposécrétion, hypo-acidité, hyperfonctionnement moteur irrégulier.

Une discussion peut s'élever à propos de l'origine primaire ou secondaire de ces modifications du fonctionnement gastro-intestinal.

Les auteurs anciens avaient, déjà, remarqué la fréquence de ces troubles gastriques dont ils n'ont jamais nié la réalité objective (apepsia de William GULL, névrose splanchnique de Ch. LASÈGUE, plaque hystéro-gène stomacale de CHARCOT).

Le syndrome de dénutrition, d'autre part, peut entraîner, à lui seul, des troubles digestifs, réaction normale de l'organisme en face d'une agression somatique de dénutrition.

Cependant, la participation psychique dans le fonctionnement gastro-intestinal a été démontrée par de nombreuses expériences (PAVLOV, WOLFF and WOLFF, MARGOLIN).

En effet, nous rencontrons chez nos malades deux attitudes psychiques différentes devant ces troubles gastro-intestinaux.

Certaines anorexiques ont une attitude bien particulière, faite d'une préoccupation constante de leur santé générale, d'une tendance à l'introspection continuelle et à l'égoïsme caractéristique de personnalités narcissiques, voire hypocondriaques.

Dans d'autres cas, la malade se plaint d'une façon plus objective de ses troubles digestifs. Il s'agirait là véritablement d'une névrose d'organe, encore que ces deux attitudes soient difficiles à trancher.

Une séparation des troubles gastriques et des troubles intestinaux peut enfin être envisagée.

On peut en effet se demander si les troubles intestinaux ne sont que des manifestations de névrose végétative dont la source se trouve dans les parties hautes du tube digestif ou s'ils réalisent une névrose d'organe différente.

Les théories psycho-somatiques envisagent, en effet, des constellations psycho-dynamiques spécifiques pour chaque névrose d'organe, dépendant de stades d'évolution affective différents.

AMAIGRISSEMENT

Il est secondaire à l'anorexie. Cependant, certains auteurs (J. DECOURT) pensent qu'il peut exister, avant même l'anorexie. Ces cas seraient à rapprocher des maigreurs fonctionnelles qu'ont décrit ALBEAUX FERNET et ses élèves chez des jeunes filles brunes, vives, intelligentes, présentant des conflits psychiques sentimentaux ou familiaux, mais conscients superficiels et bien assimilés.

Ils distinguent ainsi la véritable anorexie mentale qui engage la personnalité psychique et les maigreurs anorexiques constituant une réponse à une situation. C'est l'investigation psychique qui permet de faire le diagnostic différentiel en révélant chez les vraies anorexiques mentaux, soit des tendances agressives inconscientes, soit une névrose hypocondriaque d'organes avec repliement narcissique, soit une formation réactionnelle ascétique.

Mais là encore, à la période d'état, la motivation déclenchante finit par s'émousser et la malade peut se présenter comme une ano-

rexique vraie avec réveil d'anciens conflits sous l'influence de l'agression dénutritionnelle.

La moyenne de l'amaigrissement est de 30 % par rapport au poids réel initial suivant la formule de Lorentz. BERKMAN considère que la perte de 50 % du poids théorique est la limite au-dessous de laquelle les ravages de la dénutrition ont toutes les chances de devenir irréversibles.

Cet amaigrissement diffère peu des syndromes de dénutrition observés pendant la guerre. Il s'accompagne de bradycardie, d'hypotension avec ralentissement de la vitesse de circulation, augmentation de la pression veineuse, diminution de l'indice oscillométrique.

Il est très rare de trouver des œdèmes ou un syndrome de carence vitaminique, étant donné la conservation relative d'un certain équilibre entre les composants du régime.

La peau est sèche et squameuse. Il existe souvent des troubles vaso-moteurs et surtout de l'acrocyanose.

L'hypertrichose, la conservation paradoxale du volume des seins, des poils pelviens et axillaires sont de petits signes cliniques dont nous verrons plus loin l'origine endocrinienne.

L'étude biologique de ce syndrome de dénutrition a été faite d'une façon très complète dans la thèse de MICHARD et nous en résumerons les principaux éléments.

Le métabolisme basal est abaissé d'une façon proportionnelle à la perte de poids. Au cours de l'évolution, son retour progressif à la normale est parallèle à la reprise de poids.

L'étude du métabolisme glucidique montre une glycémie basse mais stable au cours du nyctémère, des courbes d'hyperglycémie, soit aplaties, soit de type diabétique. Ces perturbations dépendent de facteurs nombreux endocriniens, nerveux et surtout nutritionnels.

L'étude du métabolisme lipidique montre une hypercholestérolémie que l'on retrouve fréquemment au cours des syndromes de dénutrition des déportés.

L'étude du métabolisme protidique montre un taux de protéines abaissé mais dépendant en grande partie du degré d'hydratation des malades.

L'étude des électrolytes montre une tendance à l'hyperkalémie, l'hypercalcémie et, par contre, à une hypo-potassémie dépendant également de multiples facteurs endocriniens, nerveux et nutritionnels.

RETENTISSEMENT PSYCHIQUE DU SYNDROME DE DENUTRITION

Depuis les syndromes de dénutrition observés pendant la guerre, des études ont été faites sur le retentissement psychique provoqué par la dénutrition elle-même.

SCHIELE et BROZEK ont observé les attitudes psychologiques de jeunes gens volontairement engagés dans une expérience de dénutrition. Les résultats communs au groupe sont d'ordre somatique et d'ordre psychologique.

Au point de vue somatique, ils notent une perte de poids, une bradycardie, un abaissement du métabolisme basal.

Au point de vue psychique, ils soulignent l'importance des préoccupations alimentaires, un changement émotionnel tendant vers l'irritabilité et la dépression, une diminution de l'activité personnelle, une perte des conduites sexuelles, une introversion sociale.

Le profil psychologique, d'après les tests, montre une intelligence qui ne change pas, mais un intérêt sexuel diminué et une tendance vers des réactions névrotiques.

Ces réactions névrotiques sont particulières à chaque individu et vont depuis des vols de nourriture, des phénomènes compulsifs, soit à manger entre les repas, soit à sucer du chewing-gum, des sentiments d'auto-dépréciation jusqu'à des épisodes psychopathiques, hypomanie ou dépression, et des phénomènes psycho-somatiques.

Pour ces auteurs, la grande variété des manifestations psychologiques est due à la complexité étiologique des conduites et aux différences importantes dans la personnalité de base.

Ces conduites peuvent être considérées comme une inter réaction complexe entre des facteurs anatomiques, physiologiques, psychologiques individuels et psychologiques sociaux. Elles doivent être interprétées à la lumière de la constitution psychophysiologique du passé et de la situation conflictuelle.

La sévérité du stress, qui comporte non seulement la dénutrition mais aussi l'émulation provoquée à supporter cette épreuve, dissocie la façade superficielle et met en évidence les forces et les faiblesses de la personnalité de base (schizophrénie latente, réaction maniaco-dépressive, névrose incipiens, hypocondrie sévère, vieille réponse psycho-somatique).

Cependant, ils concluent à l'impossibilité de prévoir à l'avance les individus qui auront des réponses anormales.

AMENORRHEE

Son apparition est variable. Elle peut précéder, coïncider ou suivre l'anorexie.

Si parfois l'aménorrhée et l'amaigrissement sont les premiers symptômes en date et évoquent plus une réaction diencephalique à une situation conflictuelle, l'anorexie, dans sa variété intentionnelle surtout, est bien souvent le premier symptôme évoquant alors une psycho-névrose avec manifestations viscérales.

Les mécanismes neuro-endocriniens de cette aménorrhée sont bien connus maintenant.

Il y a plusieurs possibilités :

— soit mécanisme sympathique troublant la vascularisation de l'endomètre. Ainsi une émotion trop brutale entraîne une décharge d'adrénaline avec action constrictive sur l'utérus et les vaisseaux utérins;

— soit mécanisme hypothalamique le plus fréquent. L'aménorrhée des anorexiques mentales est caractérisée, aux examens hormonaux, par un taux de folliculo-stimuline normal et des signes de carence en oestrogènes au niveau des muqueuses génitales.

Les travaux de REIFENSTEIN ont montré qu'il s'agissait d'une carence en lutéo-stimuline sécrétée par l'hypothalamus dont on connaît le dérèglement facile par tout trouble psychique.

L'aménorrhée de dénutrition, enfin, est classique. La carence alimentaire entraînant une perturbation dans la production d'hormones gonadotropes.

Ces trois mécanismes peuvent interférer au cours de l'évolution d'une anorexie et également avec d'autres perturbations endocriniennes.

EMMANUEL, dans une étude récente sur l'activité endocrine de l'anorexie mentale signale une baisse légère de l'activité thyroïdienne d'après les études à l'iode radio-actif.

Une activité surrénalienne variable avec un taux des 17 céto-stéroïdes souvent normal, voire élevé, traduisant vraisemblablement une réaction à une agression chronique.

Ultérieurement, sous l'influence de la dénutrition, l'activité hypophysaire est diminuée avec réduction associée de l'activité surréna-

lienne, thyroïdienne et ovarienne. Mais il n'y a pas de changement irréversible au cours de la maladie.

SIEBEDMANN, étudiant les altérations possibles des glandes endocrines au cours d'autopsies d'anorexiques mentales, fait les mêmes constatations sur le plan anatomique qu'EMMANUEL sur le plan biologique : atrophie de la muqueuse utérine et des ovaires; corps thyroïde normal avec parenchyme quiescent et colloïde abondante; glandes surrénales normales ou augmentées de volume et de poids avec images cellulaires traduisant une certaine augmentation des réserves fonctionnelles, parathyroïdes et pancréas normaux, hypophyse normale avec une discrète multiplication des cellules acidophiles. Ces lésions sont la conséquence d'un hypopituitarisme réversible.

Cependant d'autres autopsies d'anorexies mentales (KYLIN) ont montré une hypophyse réduite de moitié avec baisse des éléments chromophiles et tendance à l'hyalinisation.

D'autres auteurs (LAFON et BILLET) rapportent plusieurs cas avec hydrocéphalie triventriculaire découverte à l'encéphalographie gazeuse, et ces auteurs soulèvent le problème des encéphalopathies atrophiantes de l'enfance.

Des modifications électro-encéphalographiques ont été trouvées chez l'anorexique. PACHELLA, cité par F. S. DUBOIS, interprète les modifications sur les tracés comme une dysfonction cérébrale due à la mauvaise nutrition; c'est un rythme lent de 12 à 16 cycles par seconde. LABBÉ, dans son mémoire, rattache ces modifications à des anomalies du tronc cérébral.

ETUDE PSYCHIATRIQUE

Nous envisagerons successivement la situation conflictuelle, l'état mental et la biographie de nos anorexiques, ce qui nous permet d'étudier d'une façon assez complète leur psychisme dans son aspect actuel et dans son développement.

I. — SITUATION CONFLICTUELLE ACTUELLE

La lecture des observations montre l'existence d'un conflit entre le milieu extérieur et l'anorexique.

Cette situation conflictuelle est toujours complexe. A ce sujet, il faudrait dresser de multiples tableaux cliniques décrivant chaque cas et peut-être, pour essayer de schématiser ces situations, pourrait-on parler de conflits affectifs, de conflits professionnels, de conflits physiques, tout en sachant bien qu'il n'y a aucune barrière entre eux et que, dans maintes observations, ces conflits chevauchent ou s'intriquent.

CONFLITS AFFECTIFS

Il est d'ordre sentimental et survient surtout chez l'anorexique féminine.

C'est rarement un choc émotif simple, la classique déception sentimentale de la jeune fille ou le départ d'un mari volage.

Il s'agit plus souvent d'un amour idéalisé et puéril, sans rapport avec les sentiments réels du partenaire. La jeune fille est fréquemment effrayée par les exigences physiques de son compagnon. La déception sentimentale invoquée est le plus souvent une rupture provoquée avec torts partagés.

Cette rupture sentimentale provoquée par la jeune fille est explicable par l'effroi de la relation sexuelle. Celle-ci, en effet, craint la défloration qu'elle imagine souvent comme une agression sauvage avec effraction douloureuse de son intégrité physique. Cette crainte

peut être entretenue par des histoires de viol lues ou entendues. Dans l'*observation n° 15*, on retrouve cette peur que Odette exprime en disant qu'on l'a trouvée « rétrécie » à un examen médical.

D'autre part, l'acte sexuel est souvent imaginé comme un acte sale et répugnant. H. DEUTSCH insiste sur cette théorie du cloaque dans les conceptions enfantines, selon laquelle tout ce qui sort ou qui entre par les orifices inférieurs du corp est considéré comme malpropre et semblable aux excréments. L'*observation n° 15* nous semble illustrer cette théorie.

Enfin, le besoin sexuel qui apparaît à l'adolescence susciterait non seulement des craintes, mais augmenterait l'égoïsme de l'individu. L'attitude narcissique de l'adolescente, pour H. DEUTSCH, entraîne une surestimation d'elle-même en tant qu'objet sexuel. Les sentiments subjectifs, intensément amoureux de la jeune fille, s'adressent souvent à un objet qu'elle connaît à peine, ou même pas du tout. Les extases d'amour les plus profondes sont ressenties dans l'imaginaire. Éprouver l'amour est la seule chose importante dans de tels cas: peu importe le partenaire. Le journal de Maria N. Bashkirtseff est un exemple frappant de cette imagination érotique narcissique.

Ces craintes sexuelles et cet égoïsme forcené nous ont parus fréquents dans l'examen de nos jeunes filles anorexiques.

Cet effroi de l'amour objectal entraîne une lutte avec les exigences de l'instinct, aboutissant soit à l'adaptation à une vie sentimentale réelle, soit au refus et à la fuite dans la névrose ou la maladie. Il y a souvent un temps de latence ou de réflexion plus ou moins long entre l'événement déclenchant et l'apparition de l'anorexie.

L'anorexie de la femme mariée a été moins décrite. Là encore il existe une dissociation entre la conception souvent puérile que l'anorexique se fait du mariage et la réalité. Revenue de l'idéalisation romantique de la lune de miel, la jeune femme est déçue par les petits travers de son mari qu'elle découvre au cours de la vie quotidienne.

Mireille L... (*obs n° 24*) se plaint que son mari est égoïste et indifférent.

Solange G... (*obs. n° 21*) décrit un mari autoritaire, sans pitié, voire brutal.

Françoise T... (*obs. n° 22*) le décrit comme renfermé, non affectueux, ne l'embrassant jamais, ne lui disant jamais « des mots tendres ».

Marguerite C... (*obs. n° 23*) est jalouse de son mari plus jeune qu'elle et commençant à être volage.

Parfois une belle-famille vient encore envenimer la situation : ainsi dans l'*observation n° 22*, le mari de Françoise va rejoindre sa famille pendant ses jours de repos; celle-ci dénigre, de plus, la jeune femme en son absence.

Nous n'avons malheureusement pas pu, dans tous les cas, examiner le conjoint. Il faut faire la part, dans tous ces récits, du comportement réel du mari et du comportement imaginé ou ressenti comme tel par la malade.

Il semble que, cependant, chez toutes nos anorexiques mariées, on retrouve une mésentente à un interrogatoire prolongé : cette mésentente peut être affective ou physique.

La frustration d'instincts maternels est une situation retrouvée à l'origine de deux de nos anorexies. Ainsi, Mme C... Marguerite (*obs. n° 23*) ne peut voir ses enfants mis en nourrice; l'amélioration de son anorexie se confirmera après un séjour près de ses enfants. Mme T... Françoise (*obs. n° 22*) ne peut souffrir de voir son enfant emmené par son mari chez ses beaux-parents. Il y a donc là un amour jaloux de l'enfant et l'éloignement de celui-ci est conçu par la malade comme un traumatisme grave, surtout si cet amour maternel est renforcé par la mésentente conjugale. MASSERMAN a décrit les substitutions des différents besoins entre eux et le report sur l'un, en l'occurrence amour maternel, de tout le besoin affectif déçu par l'autre.

Mais souvent, la petite anorexique n'est qu'une très jeune adolescente et ses besoins affectifs ne dépassent pas le cadre familial.

La rivalité avec la fratrie, la perte d'un frère, l'éloignement de la fratrie sont des situations capables de déclencher une anorexie.

Ainsi, Mlle L... Marie-Madeleine (*obs. n° 10*) est jalouse de ses frères et sœurs qui réussissent mieux qu'elle au point de vue des études. Elle se sent frustrée et diminuée de ne pas continuer les études secondaires comme eux qui sont ainsi préférés par les parents.

Mlle M... Odette (*obs. n° 4*) est placée dans un orphelinat, loin de ses frères et sœurs dont elle aimait s'occuper depuis la mort de sa mère. Cette perte d'une identification maternelle lui fait ressentir toute la cruauté de son isolement.

C'est dans un nouveau voyage au Tchad, évoquant le souvenir d'un frère noyé, que notre garçon, V... Richard (*obs. n° 27*), commence une anorexie grave avec le rappel de la rivalité fraternelle dans l'affection de la mère.

Mlle B... Dominique (*obs. n° 5*) est jalouse d'une petite fille que sa mère prend en nourrice pendant les vacances et l'anorexie se déclenche un mois plus tard.

CONFLIT D'ORDRE PROFESSIONNEL

Il est également rare que l'anorexie mentale débute à la suite d'un échec à un examen, à la suite d'une discussion avec un professeur, à la suite de remontrances motivées par un travail scolaire insuffisant, car, comme nous le verrons, en général les futures anorexiques se classent parmi les premières dans leurs études.

Mais il y a un conflit sur lequel nous voudrions insister, c'est celui qui survient au moment où la fille cesse d'être l'écolière pour entrer en apprentissage dans un métier quelconque, au moment où le garçon cesse d'être écolier, apprenti ou étudiant pour choisir un métier et créer une famille. C'est en somme l'insertion dans la société et nous pourrions rapprocher cette situation de celle des femmes nouvellement mariées qui ont à faire l'apprentissage d'un autre genre de vie en quittant le milieu familial.

Tel est le cas de Mlle M... Marie-Madeleine (*obs. n° 10*) qui est placée pour la première fois comme comptable: de Mlle L... Monique (*obs. n° 9*) qui entre dans un centre de puériculture: de Mlle H... Anne-Marie (*obs. n° 16*) qui fait ses débuts comme fille de salle dans un hôpital.

Ici, la situation conflictuelle est la difficulté d'adaptation à un autre milieu, l'inefficacité des anciens comportements, la nécessité de se créer de nouvelles façons de vivre, parfois en contradiction avec les anciennes habitudes.

L. MICHAUX et Mme GEORGES-JANET ont insisté sur la fréquence des milieux modestes retrouvés dans les familles d'anorexiques.

Modeste économiquement, et c'est souvent aux sacrifices des parents que la jeune fille doit d'avoir pu continuer ses études.

Modeste socialement, et il y a un décalage, une promesse de dénivellement entre la situation des parents et celle à laquelle peut prétendre la fille par ses études et son orientation.

Modeste intellectuellement: ces parents sont peu instruits et, fait capital, ils ont la conscience de la supériorité intellectuelle de leur fille et font appel à ses lumières lorsqu'il s'agit de rédiger une lettre, de choisir un cadeau, de régler une situation difficile.

Nous retrouvons, dans plusieurs de nos observations, cette situation.

Ainsi, dans l'observation n° 7, Simone ne peut pas supporter la condition de sa mère, bonne à tout faire; elle souffre d'être obligée de manger à la cuisine du patron de sa mère.

Dans l'observation n° 6 les parents sont crémiers et Renée fait une crise hystérique à l'évocation du métier parental devant sa tasse de lait qu'on venait de lui apporter.

Dans l'observation n° 16 Anne-Marie ne peut supporter la condition de sa mère, bonne à tout faire et fille-mère.

Ce décalage social entre le métier parental et celui envisagé par l'anorexique peut créer des difficultés supplémentaires dans la prise de l'indépendance par le sujet vis-à-vis de ses parents. On ne veut pas mépriser, en effet, les figures parentales. Cette attitude d'indépendance avec nécessité de s'affirmer, de prendre des responsabilités, peut être assumée encore plus difficilement par la femme que les habitudes sociales et éducatives ont façonnée plutôt vers la dépendance et la passivité.

Il peut s'agir aussi de difficultés dans le travail: soit qu'il entraîne un rythme de vie particulier comme on le trouve chez l'étudiante, c'est le cas de Mlle P... Michèle (*obs. n° 19*): soit encore qu'il s'agisse d'un travail d'usine qui fatigue par sa rapidité ou, au contraire, sa monotonie et son inachèvement. Les psychologues ont insisté sur l'effet perturbant d'une tâche inachevée (effet Zeigarnick): nous citerons l'observation n° 23 où Mme C... Marguerite ne peut s'habituer à son travail en usine.

Dans une observation, nous constatons une transplantation dans un pays étranger, avec ses coutumes, ses rythmes de vie différents, qui rendent l'adaptation difficile. Mme G... Solange (*obs. n° 21*) est déconcertée par les nouvelles habitudes alimentaires américaines, outre la vie mouvementée qu'elle doit mener. B... André (*obs. n° 28*) est dégoûté par la nourriture de caserne, avec, en plus, les problèmes d'avenir qui le préoccupent.

CONFLITS D'ORDRE PHYSIQUE

Nous engloberons sous ce vocable tous les conflits que le sujet éprouve avec sa personnalité physique.

Les disgrâces physiques sont souvent mal supportées chez les adolescents et particulièrement par les jeunes filles. Ainsi, Mlle T... Jocelyne (*obs. n° 12*) se fait faire une intervention esthétique du nez et entreprend une cure d'amaigrissement pour son obésité. B... Claudine (*obs. n° 14*) est mécontente de son strabisme, se trouve anormale et trop maigre. B... Jeannine (*obs. n° 1*) entreprend la réduction

de son alimentation devant les moqueries de ses camarades sur son embonpoint.

Ces préoccupations physiques nous semblent cacher des inquiétudes plus profondes à propos de la sexualité adulte.

Déjà DONNADIEU, dans sa thèse, parlait de l'inquiétude sexuelle de ses malades et de leurs sentiments de honte à propos des rêves voluptueux ou des pollutions nocturnes qu'ils présentaient.

RÉGIS, cité par ARROU-VIGNOD, insiste sur ce mécontentement d'elle-même qu'éprouve la jeune fille au moment de la puberté; « fortement impressionnée par les modifications physiologiques que subit leur corps, elles deviennent comme honteuses de leur transformation et, par une sorte de pudeur inconsciente, mêlée parfois de coquetterie ou de pieux effroi, elles regardent comme laid, sinon coupable, le développement si matériellement nécessaire de leurs attributs sexuels. Aussi le désir de maigrir, de rester svelte, c'est-à-dire de revenir à l'indécise sexualité des formes antérieures, est-il une cause fréquente, plus fréquente qu'on ne le croit peut-être, de l'abstinence alimentaire de certaines jeunes filles ».

Ces préoccupations sexuelles sont nettement exprimées dans deux de nos observations.

Ainsi, B... André (*obs. n° 28*) est préoccupé de n'être pas marié à son âge. Ainsi Mlle H... Anne-Marie (*obs. n° 16*) se dit dégoûtée des plaisanteries grossières à sous-entendu sexuel des infirmiers.

Nous parlerons, enfin, de la première menstruation qui, pour la jeune fille, constitue un choc psychologique important. H. DEUTSCH a décrit toute la complexité des réactions devant cette première hémorragie génitale. Déjà, les études anthropologiques (CHADWICK) avaient révélé que chez les peuples les plus primitifs comme les plus évolués, la menstruation a été et reste encore associée à des idées d'horreur, de danger, de honte, et de péché. Les pouvoirs maléfiques attribués aux femmes indisposées sont identiques à ceux que le folklore attribue aux sorcières. Et souvent, dans nos campagnes, on conseille aux femmes réglées de ne pas toucher au vin qui deviendrait vinaigre, au lait qui pourrait tourner, aux confitures qui pourraient ne pas prendre.

Souvent l'interrogatoire nous révèle les premières impressions, conservées vivaces, de cette première menstruation. Parfois, ce fut une attente excitée de cet événement qui va permettre d'acquérir les droits des adultes. Plus souvent, ce fut une angoisse du premier saignement génital, imaginé comme une blessure intérieure ou une terrible maladie; un sentiment d'infériorité vis-à-vis des garçons; une impression de souillure, l'hémorragie génitale étant assimilée à une

évacuation anale incontrôlable; une impression d'obscénité avec augmentation de la pudeur et il est rare que mères et filles parlent spontanément de ce problème entre elles.

Toutes ces réactions sont variables suivant l'âge de la jeune fille, son degré de maturité psychique, son éducation. Cet événement retentirait de diverses façons sur l'évolution psychologique de la jeune fille; négation du fait biologique et affirmation de virilité; régression et recherche d'une sollicitude maternelle; non-acceptation du phénomène. Pour H. DEUTSCH, cette non-acceptation entraînerait dans certains cas une aménorrhée psychogène alors que l'arrêt brutal de la menstruation en cours serait une réaction à l'horreur qu'inspira le premier saignement chez la toute jeune fille.

Si nous avons évoqué séparément ces différents conflits, il est rare de les trouver isolés. Certains auteurs (LABOUCARIE et BARRÈS) insistent sur « l'événement actuel et isolé », élément déclenchant de l'anorexie. Certes, nous avons une observation d'anorexie à la suite d'un traumatisme isolé : l'avalement d'une bille d'acier: il nous semble que cette peur d'avalier et de manger recouvre une autre peur : celle de mourir comme un de ses petits camarades dont Gérard avait entendu raconter l'histoire quelques mois auparavant (*obs. n° 26*).

La plupart de nos observations montrent des situations complexes avec intrication des conflits affectifs, professionnels et physiques.

Ainsi P... Michèle (*obs. n° 19*) a subi successivement la mort de son ami, une situation financière difficile, une maladie physique.

Ainsi Mme C... Marguerite (*obs. n° 23*) ne se plaît pas à son travail, regrette ses enfants et est jalouse de son mari infidèle.

Ainsi L... Monique (*obs. n° 9*) lutte contre son amour et doit faire face aux nouvelles habitudes que son entrée dans une école de puériculture entraîne.

Bien souvent, il s'agit d'une répétition de micro-traumatismes comme une mésentente conjugale, ou avec des beaux-parents (*obs. n° 22*).

CRITIQUE DES SITUATIONS CONFLICTUELLES.

Mais est-ce que cette situation conflictuelle est particulière à ces malades? Tel est le problème que nous allons essayer de discuter.

Les théories actuelles insistent sur l'interaction continue de l'organisme et du milieu. GOLDSTEIN, dans ses études sur la réadaptation des traumatisés du crâne, K. LEWIN, dans ses études psycholo-

giques sur l'enfant, MORENO, dans ses études sociologiques, insistent sur la notion de « l'individu en situation », sur l'importance des relations avec autrui.

Ces problèmes affectifs et d'adaptation à la société que nous avons décrits sont les mêmes que ceux de tout adulte normal.

Certaines périodes de la vie sont remarquables par l'acuité de ces problèmes d'adaptation à des milieux différents : c'est à l'adolescent que nous pensons surtout à ce moment. DEBESSE écrit, dans son livre sur l'adolescent original : « L'adolescent, parfois, est obligé de faire face à un nouveau milieu social où ses habitudes d'agir infantiles ne sont plus suffisantes et doivent être révisées; ce qui nécessite une attention constamment en éveil, une réflexion hypertendue, un jeu incessant et rapide de souvenirs et d'anticipation, bref un état d'alarme mental pour suppléer aux habitudes sociales adultes pas encore acquises. »

Les comportements anormaux des adolescents ont fait l'objet de nombreux travaux tant littéraires et psychologiques (DEBESSE, MENDOUSSE) que psychiatriques (MALE, ROUART).

CARRIER, dans sa thèse, DELAY, DECOURT, ont insisté à plusieurs reprises sur la liaison de l'anorexie avec la phase de transformation de la mentalité infantine en mentalité adulte :

- troubles instinctivo-affectif pour CARRIER,
- endocrinose juvénile pour DELAY,
- cachexie psycho-endocrinienne pour DECOURT.

Pourtant, nous avons plusieurs observations où l'anorexie survient soit chez des adolescents qui ont eu à faire face à des adaptations difficiles sans tomber malades : Mme G... Solange (*obs. n° 21*), Mlle P... Michèle (*obs. n° 19*), soit chez des femmes dont la carrière est déjà longue dans le mariage et les changements de milieu. Mme C... Marguerite (*obs. n° 29*) a subi le décès de sa famille des suites de la guerre, puis la mort d'un premier mari qui la laisse fille-mère, puis la mort d'un deuxième mari et de plusieurs de ses enfants, avant de faire une anorexie avec un troisième mari, trop volage à son gré.

Il y a, dans cette observation, une situation conflictuelle des plus sérieuses à plusieurs reprises et c'est celle dont la malade aurait pu triompher le mieux, du moins en apparence, ou tout au moins en raison de l'expérience qu'elle avait des autres, qui déclenche la maladie.

On peut penser que la situation conflictuelle est alors particulièrement lourde en problèmes à résoudre. L'observation de Mlle P...

Michèle (*obs. n° 19*) illustre la vie dérégulée d'une étudiante et nous connaissons la relative fréquence des accidents tant mentaux que tuberculeux d'étudiants mal nourris et travaillant dans des conditions déplorables.

Le rythme de vie auquel fut soumise Mme G... Solange (*obs. n° 21*) a été particulièrement trépidant, avec un mari businessman dans une ville aux conditions de vie différentes.

On peut rappeler à l'occasion de l'observation de Mme C... Marguerite (*obs. n° 23*) les troubles de fatigue nerveuse décrits dans certaines professions où le rythme de travail, particulièrement rapide et monotone, rend le sujet plus irritable, plus fragile aux situations conflictuelles (LE GUILLANT).

Cependant, dans la plupart de nos observations, les conflits décrits sont banaux et il nous semble qu'il faille faire appel à d'autres facteurs prédisposants à l'anorexie :

- soit que la situation conflictuelle prenne un sens particulier dans l'histoire individuelle du sujet et on sait combien les conflits anciens avec le milieu familial ont d'importance pour la structuration de la personnalité (CRÉMIEUX) ;
- soit que l'état mental et physique prédispose au retentissement anormal de la situation conflictuelle.

II. — ETAT MENTAL DES ANOREXIQUES

Nous envisagerons successivement l'état intellectuel et l'état affectif de nos malades.

NIVEAU INTELLECTUEL DES ANOREXIQUES MENTALES

La plupart des anorexiques ont un niveau intellectuel élevé, supérieur souvent à celui du milieu dont elles sont issues.

Dans la majorité des cas, elles ont un développement intellectuel précoce, un rendement scolaire brillant. F. DUBOIS a étudié leur niveau mental au moyen du test de Weshler-Bellevue. Celui-ci a révélé un niveau au moins normal, souvent supérieur à la normale.

Deux de nos anorexiques montrent cependant une réussite scolaire tout à fait ordinaire, chez Mlle L... Marie-Madeleine (*obs. n° 10*) et chez Mlle L... Monique (*obs. n° 9*). Une inhibition intellectuelle

d'origine névrotique pourrait être discutée. Mlle M... Odette (*obs. n° 4*) révèle une franche débilité.

M. L. MICHAUX et Mlle L. JANET ont insisté également sur l'affirmation d'intellectualisme pur, chez certains anorexiques, amenant la répudiation de soucis matériels et devenant ainsi un facteur d'anorexie mentale. « Ces filles se savent intelligentes, elles surestiment, du reste, leur intelligence; mais surtout elles cherchent à l'épurer, à l'idéaliser. Elles pensent atteindre à la pureté de l'intellectualisme en répudiant tout souci matériel : argent, plaisirs de la table et, plus tard, voluptés sexuelles. Leurs goûts artistiques eux-mêmes sont peu consistants, étiqués, inspirés par le conformisme ou par ce « conformisme de non conformisme » qu'est souvent le snobisme. Intelligence, certes, mais surtout aspiration et prétention à l'intellectualisme comme certains nouveaux riches prennent inlassablement dans leurs attitudes et leurs réalisations le contrepied systématique de la pauvreté. »

De cette aspiration à l'intellectualisme pur, L. MICHAUX et Mlle J. JANET rapprochent un complexe psychologique voisin : l'élan vers le spiritualisme que l'on observe chez certains mystiques. Il y a là, également, refus des plaisirs de la table par esprit de mortification, par désir de sublimation. L'anorexie mentale est loin d'être rare dans les communautés religieuses.

Cette anorexie des prétendants à l'intellectualisme se singularise surtout, nous disent L. MICHAUX et Mlle J. JANET, au point de vue affectif par l'association de deux tendances contradictoires vis-à-vis de leurs parents : la reconnaissance sincère, profonde, pour les sacrifices consentis et le mépris de ce matérialisme vulgaire dans lequel se complaisent leurs parents. Il s'ensuit un conflit entre la reconnaissance filiale et le mépris.

Les cas de Mlle S... Simone (*obs. n° 7*) et de Mlle H... Anne-Marie (*obs. n° 16*) qui ne peuvent souffrir le métier de bonne à tout faire de leur mère sont des illustrations de ce conflit. Ainsi Mlle X... Renée (*obs. n° 6*) a honte de la profession marchande de ses parents et ne rêve que d'études supérieures dans l'électronique. C'est un « véritable écartèlement de l'affection filiale » entraînant une agressivité refoulée dont nous reparlerons.

Analysant les particularités qualitatives de l'intelligence de ces malades, L. MICHAUX et Mlle J. JANET insistent sur l'exubérance de l'imagination de certains anorexiques, sur la manifestation de goûts artistiques orientés vers le théâtre, vers les romans, sur leur propension à faire étalage d'une culture d'ailleurs plus superficielle que réelle. Ces tendances mythomaniques relèvent également de leur affectivité.

AFFECTIVITE

J. LABOUCARIE et BARRÈS ont mis en évidence, après beaucoup d'autres (H. et O. CODET) *l'arriération affective* qui existe le plus souvent, pour ne pas dire toujours, chez ces malades. Parfois latente et seulement révélée par un test projectif ou un examen psychiatrique prolongé.

Le test de Rorschach, disent-ils, révèle constamment de l'angoisse et des réponses significatrices de troubles du développement affectif liées à l'insécurité apportée par le père ou à l'angoisse éveillée par la mère. On note également des réponses révélatrices d'une pensée rigide avec difficulté d'adaptation au réel. Nous avons plusieurs protocoles de Rorschach caractéristiques dans les *obs. n^{os} 3 et 2.*

ETAT NEVROTIQUE

Souvent l'anorexie s'accompagne de traits névrotiques plus prononcés.

STRUCTURE HYSTÉRIQUE.

Parfois, on retrouve tous les traits d'une *structure hystérique* : hyperémotivité ou plus exactement absence de contrôle et satisfaction à étaler ses émotions; rétrécissement égocentrique de l'affectivité avec exploitation de l'intérêt de l'entourage par des mises en scène et des attitudes spectaculaires; tendance à se forger des aventures imaginaires, à se créer des situations fictives dont il est le héros; suggestibilité avec ses imitations multiples, rappelant l'auto-plasticité de l'enfant. L'anorexie est tenace dans une structure semblable et P. JANET avait signalé le pronostic plus sombre de cette forme; en effet, les bénéfices secondaires de la maladie, attention incessante de l'entourage, plaintes, petits soins, dorlotage, ne font qu'aller, dans le sens de cette avidité affective de l'hystérique, bien qu'elle affecte en surface une attitude d'opposition et d'indépendance.

CODET a souligné cette revendication affective baptisée par lui d'éléorexie (*éléos* : attendrissement et *oregomai* : je désire). « Elle est un trait de caractère infantile qui peut persister chez l'adulte névrosé ou réapparaître lorsque l'individu éprouve la profondeur de sa faiblesse vis-à-vis du monde extérieur à l'occasion de traumatismes physiques ou psychiques. » Et P. JANET écrit ailleurs : « Qui donc n'a pas dit, en examinant un hystérique, que ce n'est qu'un grand enfant? »

Les observations de Mlle P... Michèle (*obs. n° 19*) et de Mme G... Solange (*obs. n° 21*) sont des illustrations de cet état mental; leurs tendances mythomaniaques, leurs affirmations d'indépendance, leur intelligence brillante contrastent avec leur peu d'efficacité dans la vie réelle pratique.

À côté de ces anorexies hystériques, caractérisées par la disparition complète du sentiment de la faim, par l'euphorie, l'insouciance et le besoin d'agitation des malades, P. JANET avait distingué les anorexies psychasthéniques dont il avait souligné le meilleur pronostic.

SITIERGIE PSYCHASTHÉNIQUE.

Il caractérisait cette *sitiergie psychasthénique* par la disparition moins complète du sentiment de la faim, la persistance du sentiment de la faiblesse et du besoin alimentaire, déterminant des irrégularités dans le refus d'aliments. « Le sujet n'est pas précisément incapable de manger, il est incapable de manger en public. Il ne présente véritablement de troubles que dans les sentiments sociaux qui accompagnent l'alimentation, dans les idées et dans les déterminations relatives à la nourriture. »

P. JANET dit également, dans un autre chapitre de son livre sur les névroses, à propos de cette sitiergie : « Ce sont des scrupuleux qui ont horreur de manger la chair des animaux ou de se nourrir quand ils n'ont pas suffisamment gagné leur vie. »

« Ce sont des honteux de leur corps qui ont peur de rougir après avoir mangé ou qui craignent de s'enlaidir, d'engraisser, ou bien qui craignent de se développer, de grandir et de ne plus être des enfants qu'on câline et qu'on excuse.

« Ce sont des hypocondriaques qui ont peur de s'étouffer, de se dilater l'estomac, d'avoir des selles trop copieuses. »

ÉTAT OBSESSIONNEL.

F.-S. DUBOIS considère l'anorexie mentale comme une névrose compulsionnelle avec cachexie, survenant sur des personnalités agressives, méticuleuses, perfectionnistes, présentant un intérêt inhabituel pour la nourriture et les fonctions du corps.

Pour cet auteur, les préoccupations constantes à propos de la nourriture évoquent le type de *pensée obsessionnelle*; le besoin impératif d'éviter la nourriture, d'une façon répétée, illogique et incontrôlée évoque l'acte compulsif, les problèmes diététiques que la malade se pose forment l'élément ruminatif, tandis que l'agitation incessante

dépend de la tension provoquée par cet état « ruminatif, compulsif et obsédant ».

ETAT HYPOCONDRIQUE.

Les auteurs anglais KAY et LEIGH insistent sur la tendance *hypocondriaque* qu'ils retrouvent avec une extrême fréquence dans les anorexies masculines; de même que ALBIEZ, CODACCIOMI, GOMILLA.

Ainsi M. B... André (*obs. n° 28*) a des préoccupations hypocondriaques; les observations de Mmes D... Jacqueline (*obs. n° 25*), Ch... Renée (*obs. n° 20*) et L... Mireille (*obs. n° 24*) sont caractérisées par ces troubles cénestopathiques multiples : céphalées, vertiges, nausées, palpitations, douleurs épigastriques, tremblements divers dont elles se plaignent sans fin. Il est difficile de considérer ces malades comme de simples cénestopathes type Dupré. Cet état cénestopathique s'accompagne le plus souvent de préoccupation constante de la santé générale, d'une tendance à l'introspection continue et à l'égoïsme caractéristique de l'hypocondriaque.

HESNARD décrit le syndrome hypocondriaque comme composé. d'une part, de symptômes psychiques d'ordre dépressif, caractérisés par une attente anxieuse, excessive, accordée par le malade à ses organes, et, d'autre part, par des symptômes physiques caractérisés par des réactions neuro-végétatives d'ordre principalement irritatif. Cet état végétatif fonctionnel, immuable selon RIESER, est considéré selon d'autres auteurs (LABOUCARIE et BARRÈS) comme régressant très bien avec l'amélioration de l'anorexie. C'est ce que nous avons constaté dans nos observations.

ETAT PRÉ-PSYCHOTIQUE.

Des comportements artistiques et des traits d'ordre schizoïde (repliement sur soi-même, rationalisations morbides, réactions de retrait et d'opposition) sont cités par de nombreux auteurs comme état mental sous-jacent à une anorexie (STAUBLI-FROLICH). Ces dispositions ont pu être objectivées en certaines observations par des tests projectifs (M. POROT).

C'est souvent dans ces formes que les préoccupations à propos de difformités physiques sont rationalisées et servent de prétexte à de nombreuses conduites d'isolement et de restriction alimentaire.

Ainsi Mlle B... Claudine (*obs. n° 14*) est renfermée et taciturne; elle ne veut pas sortir par honte d'elle-même, de son strabisme qui la défigure.

Mlle T... Jocelyne (*obs. n° 12*) se trouve laide malgré une opération esthétique du nez, et ne veut pas sortir avec sa sœur qu'elle considère mieux, physiquement, qu'elle.

NICOLLE distingue l'anorexie pré-psychotique de l'anorexie hystérique par sa symptomatologie uniforme. C'est une anorexie insidieuse, sans situation conflictuelle déclenchante importante; l'hyperactivité musculaire est intense et cache l'angoisse profonde sous-jacente. La sélection alimentaire est progressive, constante, finissant par exclure tout ce qui est nourrissant. La constipation est opiniâtre et entraîne l'abus des purgatifs. Pour cet auteur, l'hystérique fait parade de son incapacité à manger, l'anorexique pré-psychotique essaye de dissimuler le fait qu'elle ne mange pas. L'anorexique hystérique désire attirer la sympathie, la prépsychotique est mystérieuse et s'engage dans une véritable course à la mort.

Les réactions à l'isolement sont différentes. La neutralité émotionnelle de l'environnement fait manger l'hystérique qui désire retrouver rapidement une ambiance plus agréable. L'anorexique pré-psychotique ne mange que sur injonction d'autrui. C'est chez elle qu'on trouve la plus grande duplicité pour cacher sa nourriture ou se faire vomir.

ANOREXIE ET BOULIMIE.

Les anorexies s'accompagnant de phases boulimiques sont également bien particulières.

Parfois, l'anorexie est précédée par une phase de boulimie et d'obésité. La jeune fille a été depuis tout temps une forte mangeuse et c'est devant les moqueries de ses camarades qu'elle entreprend une crise d'amaigrissement. Cette lutte contre son appétit est parfois difficile. Il est des cas où l'anorexie est entrecoupée d'orgies alimentaires se terminant par des sentiments de honte et une recrudescence de l'ascétisme alimentaire.

Les alternatives de boulimie et d'anorexie se déroulent parfois d'une façon cyclique. Elles s'accompagnent, alors, de sentiments de tristesse, d'impression d'isolement, de timidité pendant la période boulimique, d'agitation excessive, de sentiments de bien-être, voire de toute-puissance pendant la phase anorexique.

Deux observations, l'une anorexique masculin, l'autre anorexique féminine illustrent bien cet état cyclothymique (*obs. n°s 18 et 41*).

MEYER et WEINROTH décrivent un cas d'anorexie féminine semblable.

NEMIAH et COBBS rapportent un cas d'anorexie avec alcoolisme surajouté, tendances toxicomaniaques et rapides mouvements

d'humeur, accompagnant les alternatives de boulimie et d'anorexie. Ils évoquent, à cette occasion, le diagnostic de psychose maniaco-dépressive.

LABOUCARIE et BARRÈS pensent que de telles oscillations entre deux attitudes extrêmes sont fréquentes dans toutes les organisations névrotiques complexes.

ANOREXIES MASCULINES

ALBIEZ, CODACCIOMI et GOMILLA ont fait une synthèse récente des anorexies masculines, 2 cas personnels et 10 autres cas puisés dans la littérature (thèses de NOGUÈS, DONNADIEU, CARRIER, MICHARD, travaux de LEOVICI et BOUTONNIER, LABOUCARIE et BARRÈS).

Ils ont relevé les mêmes caractéristiques que dans les anorexies féminines; au point de vue de l'âge (qui oscille entre treize et vingt-cinq ans) et refus alimentaire. Celui-ci est progressif, basé sur des considérations esthétiques ou sur de vagues troubles dyspeptiques. Il est formel et résiste à toute tentative de raisonnement ou de persuasion. Il aboutit à un amaigrissement extrême. L'absence de troubles endocriniens, tant cliniques que biologiques, est la seule différence avec l'anorexie féminine.

L'état mental est, en effet, le même. Ce sont des sujets intelligents comme en témoigne leur réussite souvent brillante et rapide aux examens. Leur évolution affective est par contre médiocre; on trouve un fort attachement à la mère avec ambivalence des sentiments, tantôt hostiles, tantôt affectueux, voire incestueux. Les préoccupations sexuelles sont normales, mais accompagnées d'un sentiment de culpabilité important. Les tendances homosexuelles, l'influence du père n'ont pu être précisées dans ces observations si courtes. Le repliement sur soi-même, les soucis esthétiques, les tendances hypocondriaques sont relevés par les auteurs anglais (KAY).

Pour ALBIEZ, CODACCIOMI et GOMILLA la moindre fréquence de l'anorexie chez le garçon serait due à l'évolution psychologique moins complexe de celui-ci par rapport à la fille. En effet, celle-ci doit renoncer au premier objet d'amour, c'est-à-dire la mère, pour se retourner vers le père.

Tels sont donc les principaux aspects de l'état mental des anorexiques. La plupart du temps, il nous semble qu'il y a un état névrotique complexe où les différents traits névrotiques sont plus ou moins dominants et marqués.

Il nous semble qu'il y a, dans la majeure partie des cas, une dissociation dans l'évolution intellectuelle et l'évolution affective.

Evolution intellectuelle brillante, évolution affective médiocre avec cristallisation à des niveaux de structure, peut-être différents.

Et on peut citer cette phrase de P. JANET : « L'individu humain névrosé ne manifeste pas uniquement sa faiblesse psychologique par une aptitude à l'épuisement; cette fragilité est elle-même secondaire à une incapacité d'évoluer sur le plan des tendances primaires, c'est-à-dire des tendances instinctives.

PRONOSTIC

L'observation minutieuse de cet état mental ainsi que l'appréciation de l'importance des conflits extérieurs et de la tendance évolutive au cours de l'hospitalisation sont nécessaires pour formuler un pronostic.

LABOUCARIE et BARRÈS distignent ainsi, d'une part, l'anorexie franchement réactionnelle, d'allure accidentelle et facilement réductible; d'autre part, l'anorexie qui apparaît comme l'expression d'une structure névrotique déjà manifeste avant la crise anorexique, de pronostic plus incertain.

L'évaluation de ce pronostic est difficile à faire. Nous passerons rapidement sur le problème du pronostic vital dépendant de l'importance de l'amaigrissement et de la déshydratation. Si on rencontre parfois encore des anorexiques qui sont de véritables squelettes ambulants, la plupart du temps le diagnostic est fait avant cette période de cachexie terminale, l'isolement et diverses thérapeutiques biologiques à la demande permettent d'envisager un bon pronostic vital.

Il est cependant certains cas d'anorexies dont le pronostic vital dépend de la possibilité d'amélioration de l'état mental. L'anorexie peut, en effet, être un mode de suicide lent du fait de pulsions agressives intenses et réaliser une auto-destruction masochique du sujet (HESNARD et LAFORGUE).

La plupart du temps, l'anorexie cède, mais il faut reconnaître la possibilité de rechutes, la persistance fréquente des alternatives de boulimie et d'anorexie, l'évolution vers des états névrotiques plus graves, voire des états psychotiques, dissociation schizophrénique ou organisation délirante.

Cependant, à cette période d'adolescence, toutes les évolutions sont possibles. Suivant l'enseignement du Docteur MALE, l'adolescence n'est pas seulement une naissance à la vie de l'adulte, mais la fin d'une longue crise du développement des instincts au contact du milieu, aboutissant à une synthèse terminale dont il faut apprécier

la résistance et la qualité. L'existence d'une anorexie montre qu'il y a une fissure dans la personnalité de l'individu. Celle-ci est *a priori* profonde car le tube digestif participe de façon étroite aux trois stades successifs et en même temps intriqués de l'évolution effective de l'enfant : oral, anal et génital suivant la terminologie psychanalytique.

Une étude longitudinale du développement de l'anorexique nous semble donc nécessaire, tant au point de vue pronostic que diagnostic.

III. — BIOGRAPHIE

Des différents travaux faits sur le milieu familial et le développement de l'anorexique (J. BOUTONNIER et S. LEOVICI, A. CRÉMIEUX, KAY and LEIGH, F.-S. DUBOIS, MEYER) tous retrouvent à l'origine des parents instables avec collatéraux dans lesquels névroses et psychoses sont fréquemment rencontrées.

COMPORTEMENT MATERNEL.

Il ne semble pas qu'on puisse parler de la mère de l'anorexique mentale comme on parle de la mère du schizophrène.

Cependant, on peut rapprocher certains comportements maternels de celui que D. LÉVY décrit dans son étude des enfants difficiles, où la mère établit entre elle et l'enfant des liens affectifs très étroits. Cette intensification des rapports affectifs a pour but ou pour conséquence une réduction des expériences de l'enfant avec le monde extérieur qui est alors vécu par lui comme hostile dangereux et nocif. Aucune maturation ou acquisition par l'expérience n'arme suffisamment l'enfant pour lui permettre l'autonomie.

Trois de nos observations nous semblent se rapprocher de ces notions. Mme M... Mircille (*obs. n° 24*) et Mme C... Renée (*obs. n° 20*) furent des filles uniques choyées par leurs parents. B... André (*obs. n° 29*) est fils unique et fut très protégé pendant son enfance trop affective.

Le Docteur MALE nous a fait remarquer la fréquence d'un allaitement maternel prolongé et d'un sevrage difficile dans les antécédents des anorexiques.

J. BOUTONNIER et S. LEOVICI ont insisté sur l'attitude anxieuse ou méticuleuse dans le programme alimentaire de l'enfant avec méconnaissance totale des vrais besoins de celui-ci. Il existe un conflit entre

les exigences de l'enfant et celles de sa mère. L'enfant proteste par son refus de s'alimenter et réclame de sa mère une vraie affection. Ces attitudes maternelles entraînent des réactions d'opposition de la part de l'enfant. L'appétit capricieux signalé par beaucoup d'anorexiques pourrait en être une conséquence.

KAY and LEIGH, dans leur article sur le pronostic des anorexiques mentales, pensent que la névrose parentale ou les relations perturbées des parents sont retrouvées communément dans toutes les névroses. Cependant ils signalent la fréquence de l'invalidité, de l'hypocondrie, des préoccupations diététiques chez les parents d'anorexiques, et, d'autre part, la fréquence des troubles alimentaires précoces retrouvés dans les antécédents de ces malades.

Les travaux de RIBBLE et BOMLBY, à la suite de ceux de SPITZ, décrivent les multiples facettes du comportement maternel selon son degré d'amour et de tendresse, selon son degré d'hostilité manifeste, larvée ou déguisée sous l'angoisse. De ces différentes conduites frustrantes de la mère durant les deux premières années de la vie de l'enfant dépendent, pour ces auteurs, les différents troubles de l'organisation psycho-somatique de l'enfant.

COMPORTEMENT PATERNEL.

Nous retrouvons, à plusieurs reprises, dans nos observations, des attitudes paternelles autoritaires, emportées, voire brutales et violentes. Déjà CARRIER cite une observation où la jeune fille ne pouvait manger quand son père était là, car trop violent et grossier; par contre, quand la mère était seule avec elle, elle mangeait volontiers.

S... Simone (*obs. n° 7*) se souvient d'un père brutal avec nombreuses scènes de violences entre celui-ci et sa mère qui était la douceur même. C'est également le cas de Mlle B... Dominique (*obs. n° 5*) dont le père est alcoolique. Mlle P... Michèle (*obs. n° 19*) se révolte contre un père autoritaire qui veut lui imposer métier et mari. Mlle L... Monique (*obs. n° 9*) ne peut s'entendre avec son père, expert-comptable, qui a un caractère rigide, scrupuleux et vérificateur. Mme G... Solange (*obs. n° 21*) décrit un père autoritaire, qui administrait des corrections d'une main facile; ce qui ne l'empêche pas d'épouser un mari également autoritaire et sans patience, auquel elle ne pourra échapper que par l'anorexie.

On sait combien l'image paternelle est prévalente pour la petite fille et compte pour l'orientation de sa vie sexuelle adulte. Des images masculines trop sévères ou brutales, rendant la mère malheureuse, feront craindre à la jeune fille de s'émanciper de la famille pour

vivre une vie adulte mariée. A l'opposé, l'absence de père ou l'existence d'une image paternelle faible ne feront que renforcer les liens fille-mère déjà prédominants.

De même, pour le garçon, l'attitude trop autoritaire et interdici-
trice du père peut entraîner une crainte de la révolte avec renforce-
ment de la dépendance et de la passivité. L'absence de père peut
provoquer un manque de sécurité affective et matérielle, un compor-
tement pseudo-viril de la part de l'enfant et un attachement fils-
mère excessif.

COMPORTEMENT FRATERNEL.

La fratrie a également un rôle dans les frustrations subies par
l'enfant. Les conduites d'hostilité d'un aîné vis-à-vis d'un puîné qui
vient de naître ont été décrites souvent. Plus particulières sont les
conduites régressives telles que énurésie ou anorexie, pour ne citer
que les principales.

Nous n'avons pas retrouvé de façon évidente, dans nos observa-
tions la notion classique de fille unique. Les statistiques de A. CRÉ-
MIEUX et de DONCIEP montrent la situation tardive de l'anorexique
dans la famille, ce qui en fait un enfant isolé, et le nombre très élevé
de filles dans la fratrie. Celles de KAY et de LEIGH indiquent, au
contraire, une taille et une composition familiale très variables. Nos
observations sont trop peu nombreuses pour conclure. Cependant,
on peut noter qu'il n'y a que très rarement deux anorexiques dans la
même famille.

De cette étude générale des facteurs parentaux, l'impression qui
se dégage est celle de l'influence, non d'un événement précis trau-
matisant, mais d'une « sommation de facteurs persistants ».

A ce milieu familial va réagir l'enfant suivant ses modes de
défense personnels dépendant de son équipement héréditaire, de sa
résistivité, de sa maturation, de l'intégration de ses instincts.

DEVELOPPEMENT DE L'ANOREXIQUE

De l'étude des différentes descriptions du développement des ano-
rexiques, trouvées dans la littérature, il nous semble qu'on peut les
schématiser en deux tableaux distincts.

Dans le premier cas il s'agit d'une enfant d'aspect gracile, longi-
ligne et frêle. Sa morphologie rentrerait dans le groupe des leptos-
omes. Son appétit est faible et capricieux. Son intelligence est vive,
son imagination fertile. A mesure qu'elle grandit et quoiqu'elle soit

brillante dans ses études, elle reste infantile et suggestible. Coquette, elle semble féminine; en fait, elle a un besoin constant de gratifications narcissiques.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une enfant d'aspect plus robuste, parfois de grande taille, souvent forte mangeuse. C'est une enfant obéissante, intelligente, énergique, qui manifeste fréquemment une franche hostilité envers sa mère, mais elle reste tout de même très dépendante de la famille. Ambitieuse, elle réussit brillamment et efficacement dans ses études. Elle présente souvent une obésité pré-pubertaire et c'est fréquemment une restriction volontaire de sa nourriture qu'elle entreprend pour des motifs esthétiques. Cependant, les motivations de cette lutte contre son appétit sont complexes, comprenant des sentiments de culpabilité vis-à-vis des parents, du mépris pour la condition féminine, un désir d'ascétisme ou de perfectionnisme.

C'est à travers cette étude statique et dynamique de la personnalité de nos malades que nous pensons pouvoir appréhender la signification de l'anorexie : réaction hystérique accidentelle chez une jeune fille fragile, d'appétit capricieux devant une situation trop chargée en conflits; symptôme de conversion sur une structure hystérique plus organisée, processus d'auto-punition sur un caractère anal, conversion psycho-somatique sur une personnalité faible, caractérisée par des attitudes névrotiques à la fois de passivité extrême et d'hostilité réactionnelle avec besoin constant de gratifications narcissiques évoquant le caractère oral décrit par FREUD.

Il est difficile de retrouver en pratique une telle schématisation et bien souvent ces différents plans de structure s'intriquent pour donner une note particulière à chaque tableau clinique.

Nous concluons donc sur l'importance de cet examen dynamique de la personnalité de l'anorexique avec évaluation de la résistance au contact thérapeutique, de la force des mécanismes de défense, de la profondeur de l'angoisse, de l'étendue de la régression (MALE).

EVOLUTION

Cette étude statique et dynamique de l'état mental de l'anorexique permet de distinguer plusieurs évolutions possibles.

Parfois c'est l'anorexie accidentelle et réactionnelle, débutant soit par une réaction de dégoût pour certains aliments, soit par une restriction alimentaire pour obésité prépubertaire. La jeune malade se plaint d'une mésentente familiale, d'une déception sentimentale récente. Ces conflits semblent superficiels : effroi de la sexualité

adulte, peur des responsabilités adultes chez une jeune fille gracile et jolie dans un milieu familial trop protecteur (*obs. n° 15 et 3*).

Ailleurs, il persiste une structure névrotique plus ou moins sévère. Soit simplement une existence rétrécie et renfermée. (*obs. n° 19*) évoquant la vieille fille puritaine (F.-S. DUBOIS).

Soit la persistance d'une structure hystérique avec tendances mythomaniaques, vie mouvementée et instable (*obs. n° 21*).

Parfois c'est un état psychasthénique qui persiste avec possibilité d'une organisation pseudo-délirante sur la nourriture (*obs. n° 25*). Celle-ci est, en effet, pesée, divisée selon des principes pseudo-philosophiques s'inspirant des « théories chinoises du « ying et du yang ».

Ailleurs l'anorexie ne cède pas et il semble qu'il existe un véritable engagement vers la mort. Ce refus de vivre dans la réalité évoque une structure psychotique (*obs. n° 29*).

Parfois les alternatives de boulimie et d'anorexie persistent, s'accompagnent de troubles de l'humeur évoquant l'ambivalence d'une névrose grave, mais aussi une structure psychotique maniaco-dépressive avec possibilité de tendances toxicomaniaques (NÉMIAH et COBBS).

Ailleurs, enfin, l'anorexie cède mais les troubles gastro-intestinaux persistent et d'autres manifestations psycho-somatiques peuvent apparaître (50 % des cas selon KAY and LEIGH).

CONCEPTIONS PATHOGENIQUES

Elles sont multiples et dépendent de l'évolution même des doctrines psychiatriques.

CONCEPTIONS CONSTITUTIONNALISTES

DUPRÉ range l'anorexie mentale parmi les déséquilibres constitutionnels des appétits : « L'inappétence et l'oligophagie habituelles, la tendance aux jeûnes, aux macérations, aux restrictions alimentaires progressives s'observent chez certains psycho-neurasthéniques chroniques, chez des délirants mystiques. L'anorexie mentale n'est pas rare chez les jeunes filles perverses, chez les mythomanes, souvent aussi dans les prodromes de la démence précoce. »

CONCEPTIONS PSYCHOLOGIQUES

THÉORIE DE P. JANET.

P. JANET classe l'anorexie mentale dans les troubles de l'alimentation d'origine névropathique. Ce symptôme viscéral n'est considéré névropathique que dans la mesure où il est associé à des traits psychologiques caractéristiques des névroses hystériques ou psychasthéniques.

Sa conception générale des névroses met en valeur l'importance de l'évolution psychologique de l'individu. La névrose est, pour lui, un trouble ou un arrêt de l'évolution supérieure psychique des diverses fonctions de l'organisme, sans détérioration de la fonction elle-même.

Tantôt il existe une difficulté de synthèse de la personnalité entraînant une réduction du nombre des phénomènes psychologiques qui peuvent être réunis simultanément dans une même conscience personnelle et une tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions. Ce « rétrécissement du champ de la conscience et cette dissociation des fonctions » caractérisent, pour JANET, l'hystérie.

Ainsi l'anorexie hystérique est remarquable par la disparition complète du sentiment de la faim et l'indifférence du malade à l'égard de son amaigrissement : « Tous les sentiments relatifs à l'alimentation, même le sentiment de faiblesse corporelle se sont dissociés; le sujet n'a plus, dans sa conscience personnelle, aucun phénomène psychologique relatif à l'alimentation. »

Tantôt il existe une baisse de la tension psychologique, rendant le contact précaire avec la réalité et permettant l'apparition d'opérations inférieures et exagérées sous la forme de doutes, d'agitations, d'angoisses et de réactions viscérales. Ces oscillations du niveau mental avec perte de la fonction du réel caractérisent la psychasthénie de P. JANET.

Ainsi l'anorexie psychasthénique serait différente de l'anorexie hystérique par les variations des sentiments vis-à-vis de l'alimentation et les irrégularités dans le refus alimentaire.

Ce trouble de la fonction alimentaire serait donc dû, pour P. JANET, à une diminution de l'activité psychique globale relevant de facteurs externes et de facteurs internes. Il signale l'influence néfaste de la mauvaise hygiène physique et mentale de l'enfance, des diverses maladies somatiques, des émotions qui ne sont que « des surmenages causés par des adaptations imparfaites et trop rapides à des circonstances difficiles ». Cependant, les facteurs internes ou héréditaires prédominent. L'individu névrosé est un être dégénéré, incapable d'évoluer vers les fonctions supérieures d'adaptation à la réalité, par insuffisance congénitale d'« énergie vitale ». La situation conflictuelle extérieure ne fait qu'augmenter cette insuffisance énergétique primaire.

A côté de cette conception organo-dynamique de la névrose, les découvertes de S. FREUD introduisent une autre perspective. Les névroses n'y apparaissent plus comme un manque ou une incapacité globale, mais elles résultent d'un conflit ou d'une fixation à un stade de l'évolution affective du sujet.

Les reproches que BREUER et FREUD font à JANET dans leur étude de l'hystérie sont la méconnaissance de la pensée affective infantile, du sens du symptôme, de la sensualité infantile régressive de ces malades. Cette pensée affective inconsciente, obéissant aux lois spé-

ciales du symbolisme et de la satisfaction immédiate et imaginaire, est bien différente de la pensée intellectuelle, obéissant aux lois logiques de la réalité.

FREUD et BREUER insistent ensuite sur l'importance des *traumatismes psychiques* survenus au cours du développement affectif de l'individu. Ces névrosés, disent-ils, nous laissent l'impression d'être fixés à un certain fragment de leur passé, de ne pas pouvoir s'en dégager et d'être par conséquent étrangers au présent comme au futur.

La recherche et la découverte de cet événement traumatique amène la disparition du symptôme lié à ce traumatisme psychique. Cependant, BREUER et FREUD notent la surdétermination du symptôme qui peut être rattaché à plusieurs événements traumatiques évoquant une même peur ou une même idée.

L'observation du petit Gérard (*obs. n° 26*) nous semble illustrer ce mécanisme de production d'une anorexie.

Ainsi le symptôme a un sens, soit qu'il exprime un événement traumatique oublié, soit qu'il exprime une tendance instinctuelle refoulée.

THÉORIES FREUDIENNES.

Celles-ci mettent au premier plan l'importance des pulsions sexuelles et agressives dans le développement psychologique de l'enfant. Le symptôme serait donc l'effet du compromis résultant d'un conflit entre des tendances instinctuelles primaires et des tendances culturelles secondaires.

Pulsions sexuelles.

Mais comment ce refus de nourriture exprimerait-il ce refus des désirs sexuels? Il nous faut alors envisager le développement de l'affectivité chez l'enfant. L'absorption de nourriture, les excréments urinaires et fécaux sont les premières satisfactions libidinales auto-érotiques de l'enfant. Ce n'est qu'à partir de l'âge de trois ans que l'enfant commence à s'éloigner de la relation binaire, mère-enfant, à aimer le parent de sexe opposé et à poser des questions sur les organes génitaux, la différenciation des sexes et la vie génitale adulte. Les conceptions enfantines de la fécondation par la bouche, de l'accouchement par la voie anale, de la castration par la bouche ou le « vagin denté » sont bien connues maintenant et sont retrouvées dans de nombreux mythes anciens. Les malades ne sont donc pas seulement inhibées dans leurs désirs sexuels génitaux, mais elles arrivent à refuser

toute satisfaction érotique et le fait de manger équivaut pour elles à un plaisir sexuel. Il s'y ajoute bien souvent la peur de la grossesse.

Pulsions agressives.

D'autre part, l'étude de l'affectivité infantile a montré l'ambivalence des sentiments éprouvés par l'enfant vis-à-vis de sa famille : sentiment d'affection et de rivalité envers les frères et sœurs, décrit sous le nom de complexe de Caïn; sentiment d'amour pour le parent de sexe opposé et d'hostilité pour le parent de même sexe, décrit sous le nom de complexe d'Œdipe; on notera d'ailleurs la possibilité de réactions affectives contraires avec amour pour le parent de même sexe et hostilité pour le parent de sexe opposé si l'affectivité enfantine n'a pas dépassé le stade de la relation binaire. L'amour chez le jeune enfant est singulièrement entier et jaloux et s'accompagne de sentiment de haine si l'objet d'amour ne répond pas aux désirs exigeants de celui-ci. Nous arrivons ainsi à la notion de *pulsions agressives*, tendances instinctuelles également primaires et d'aussi grande importance que les tendances sexuelles dans le développement de l'enfant. Cette agressivité est retrouvée dans nombre de nos observations. Elle est déclenchée par toute frustration, soit sur le plan sexuel, et nous avons en vue les différentes observations de nos anorexiques mariées, frigides et insatisfaites du comportement négligent de leur mari à leur égard; soit sur le plan affectif filial et nous évoquerons nos observations de nos filles mécontentes de la situation modeste de leurs parents; soit enfin sur le plan rivalité avec la fratrie pour l'amour parental.

L'anorexie peut donc exprimer le refus ou le refoulement de toute agressivité; l'anorexique s'interdit de détruire, de mordre les objets par extension de cette peur à utiliser son agressivité contre le mari ou les parents frustrants.

Bien souvent, on retrouve un conflit à la fois de tendances sexuelles et agressives que la conscience du malade refoule sous l'influence des tendances culturelles répressives.

Ce double conflit est très net dans notre *observation n° 16* où Anne-Marie est en proie à des sentiments d'hostilité contre sa mère dont elle méprise la situation et à des sentiments de dégoût vis-à-vis de la sexualité.

Auto-punition.

Le Professeur L. MICHAUX et Mlle JUREDIEU insistèrent, dans un récent article, sur le caractère délibéré et volontaire des restrictions alimentaires qui peuvent apparaître comme une sanction et relever

d'un mécanisme auto-punitif. Les désirs sexuels, les désirs agressifs sont considérés comme coupables; l'auto-accusation précède donc et conditionne l'anorexie.

Ce phénomène de culpabilité dû à l'intensité des pulsions agressives et à l'ambivalence des affects a été approfondi par LAFORGUE et HESNARD. Ils notent l'action contrariante et déformante de la culture morale sur les tendances instinctuelles. Cette culture est primitivement une interdiction, voire une menace. Cette menace est, chez l'enfant, effective et extérieure : elle réside dans les rigueurs ambiantes : attitude hostile et condamnatrice des parents aimés et redoutés. La conscience de la faute est l'expression immédiate de la peur de l'autorité extérieure. Ultérieurement l'enfant, pour faire plaisir à ses parents et en être aimé, adopte les règles de la propreté et de la bienséance, ainsi que toute l'éducation morale, religieuse et sociale. Il se forme en lui une autorité intérieure, un « surmoi » qui condamne automatiquement et refoule les pulsions primitives agressives et sexuelles. Cependant cette renonciation à la satisfaction de ces pulsions ne suffit pas à écarter la tentation qui persiste à l'intérieur du sujet et est connue du surmoi. Il s'ensuit un sentiment de culpabilité, un besoin de punition qui sera d'autant plus fort que le surmoi aura plus à lutter contre ces pulsions agressives et sexuelles.

Ce processus d'auto-punition peut aller, disent HESNARD et LAFORGUE, jusqu'à l'auto-destruction masochique du sujet. L'anorexie réaliserait ainsi un mode de suicide lent et un véritable engagement vers la mort pour échapper à une idée intolérable de honte ou de culpabilité dont le point de départ est devenu méconnu.

THÉORIE PSYCHO-SOMATIQUE.

Cependant, l'étude approfondie du développement affectif chez l'enfant met en valeur les relations binaires mère-enfant de la période prégénitale qui sont tout aussi importantes que les relations triangulaires père-mère-enfant de la période œdipienne. HESNARD, en effet, pense que l'anorexique est bien souvent un « perturbé prégénital » qui a abandonné le style de relations œdipiennes avec autrui. WILSON, dans un article, montre la différence que l'on peut établir entre le symptôme de conversion hystérique et le symptôme de conversion psycho-somatique : les symptômes de conversion hystérique dépendent du système nerveux sensoriel et volontaire; les symptômes de conversion psycho-somatique sont des troubles fonctionnels d'organes dont les fonctions sont automatiques et, dans des conditions normales, non soumises aux influences volontaires.

Dans ces névroses d'organe les facteurs psychologiques seraient surtout d'origine prégénitale : relations perturbées avec la mère, tandis que dans l'hystérie les phases suivantes de l'organisation instinctuelle seraient prévalentes, notamment la phase œdipienne. L'anorexie, dans cette perspective psychologique symbolique tient une place bien particulière; car elle participe aux deux modes de conversion.

L'anorexie aurait donc également des rapports étroits avec le stade oral où les relations avec autrui sont envisagées sous la forme de nourriture bonne et mauvaise. On a insisté d'ailleurs sur l'importance de la stagnation orale dans le développement libidinal de l'hystérique. Le monde extérieur est conçu sous forme d'une bonne ou mauvaise mère. L'anorexie serait donc le refus du monde extérieur mauvais et frustrant. L'école de Mélanie KLEIN note la fréquence des alternatives entre le refus et l'acceptation, dépendant des mécanismes d' « introjection et de projection » de bons ou de mauvais sentiments. Ces notions permettraient d'expliquer les alternatives de boulimie et d'anorexie (*obs. n° 18*) s'accompagnant parfois d'un comportement global d'agitation et de prostration. Nous évoquerons ici l'observation de V... Richard (*obs. n° 27*) dont les alternatives de périodes boulimiques et anorexiques s'accompagnent respectivement de sentiments d'agressivité avec colères ou de sentiments dépressifs avec idées de suicide.

CONCEPTIONS PHYSIOLOGIQUES

KLOTZ et LOMBROSO, dans un article récent, proposent une conception pathogénique de l'anorexie mentale en fonction des travaux de PAVLOV. L'individu, en effet, s'adapte au monde extérieur par un système de processus corticaux bien ajusté et équilibré que PAVLOV appelle un stéréotype dynamique. Expérimentalement, si un nouvel équilibre est recherché en faisant agir successivement plusieurs réflexes conditionnés différents dont certains sont inhibiteurs, on obtient chez certains animaux un état d'inquiétude et d'angoisse, puis parfois une inhibition globale portant même sur les actes instinctifs.

Ces notions, pour ces auteurs, s'appliquent facilement à l'anorexie mentale. L'affection survient, en effet, à un tournant de la vie, au passage de l'enfance à la vie d'adulte, ce qui implique de résoudre des problèmes souvent difficiles : nécessité de subvenir à ses besoins et de résoudre soi-même ses difficultés dans les rapports avec les parents et la société; prise de conscience des problèmes sexuels, philosophiques et religieux. Tous ces éléments nouveaux nécessitent l'éta-

blissement d'un nouvel équilibre au prix d'un travail nerveux qui n'est pas négligeable. L'anorexie caractériserait ainsi l'impossibilité à créer un nouvel équilibre dans les processus corticaux. Comme, chez les chiens de PAVLOV, cette impossibilité crée une inhibition corticale diffuse qui se traduit par la perte de tous les appétits, par l'« abiorexie ».

Cependant, cette faculté de créer de nouveaux stéréotypes dynamiques est le propre de l'adaptation. Cette capacité d'adaptation serait différente chez chaque individu. Nous arrivons ainsi à la notion de type nerveux et, expérimentalement, chez les chiens, seuls les types « fort déséquilibré » et « faible déséquilibre » sont susceptibles de faire une névrose expérimentale.

Le rôle du diencephale dans le comportement alimentaire a été récemment étudié par A. SOULAIRAC. Dans cette importante synthèse des régulations psycho-physiologiques de la faim, nous voyons que l'anorexie mentale se placerait au niveau de la troisième étape qui constitue l'intégration de toutes les stimulations dans un schéma spatio-temporel, les deux premières étapes étant : métabolique, faisant intervenir des régulations énergétiques, humorales et hormonales; nerveuse, au niveau des centres diencephaliques de la faim et de la satiété par un jeu de mécanismes adrénergiques et cholinergiques.

La troisième étape met en jeu, d'une part, des structures nerveuses archaïques multiples pour la réalisation automatique du comportement (activités orales et variations sensorielles adéquates, dépendant des formations rhinencéphaliques, d'après les résultats expérimentaux) et, d'autre part, des structures de contrôle, offrant des possibilités d'inhibition ou de facilitation, représentées par les formations néocorticales. C'est grâce à cette étape supérieure que les deux étapes précédentes sont intégrées en une activité globale et unifiée, mettant en action l'individu dans sa totalité, ce qui représente un véritable comportement psycho-moteur.

CONCEPTIONS PATHOLOGIQUES

Notre Maître, le Professeur L. MICHIAUX, insiste sur le rôle localisateur des insuffisances fonctionnelles congénitales ou acquises. La « vocation anorexique » dépend, dit-il, de la « pauvreté de l'appétit habituel, favorisant son extinction psychogène et de cette susceptibilité spéciale aux représentations imaginatives volontaires qui cons-

titue l'auto-suggestion ». Nous citerons cette observation du Professeur L. MICHAX et de ses collaborateurs, si caractéristique, de deux jumelles, candidates à l'anorexie, dont, seule, celle à petit appétit fut victorieuse dans cette course à la dénutrition.

Il faut donc une complaisance somatique ou une meiopragie d'appel sur laquelle se greffe le conflit psychologique. L'existence de maladies organiques, dans l'enfance de nos anorexiques, ayant entraîné soit des vomissements, soit des difficultés alimentaires, sont fréquemment retrouvées dans nos observations, depuis les troubles de sevrage et les simples coqueluches (*obs. n° 6*) jusqu'aux maladies plus graves comme méningite tuberculeuse (*obs. n° 1*), péritonite tuberculeuse (*obs. n° 8*), tumeur du maxillaire inférieur (*obs. n° 19*), dysenterie (*obs. n° 21*).

Nous citerons en conclusion cette phrase du Professeur MICHAX qui nous semble résumer les diverses modalités de la conversion somatique des conflits : « La plupart des manifestations psycho-somatiques de l'enfance et de l'adolescence nous apparaissent comme une manière d'auto-plagiat inconscient, par lequel le sujet mine involontairement ses insuffisances acquises ou congénitales ou réalise ses virtualités pathologiques latentes ».

OBSERVATIONS

Nous avons pu réunir 29 observations recueillies dans les différents services où nous avons fait notre internat :

- 18 observations d'anorexies survenues chez des jeunes filles;
- 7 observations d'anorexies survenues chez des jeunes femmes;
- 4 observations d'anorexies masculines.

Nous remercions tous ceux et celles qui nous ont aidée à colliger ces observations : les services du Professeur MICHAUX, du Docteur RONDEPIERRE, du Docteur LE GUILLANT, du Docteur SIGWALD, du Docteur PORCH'HER, ainsi que les Maisons de Santé des Docteurs BUVAT et des Docteurs BRISET et GENDROT.

OBSERVATION N° 1

Mlle B... Jeannine.

Jeannine B... âgée de quinze ans, entre à la Salpêtrière en juin 1956. C'est à partir d'août 1955 qu'elle a commencé à restreindre son alimentation devant les moqueries de ses camarades critiquant son embonpoint.

En octobre, elle fait une colite muco-membraneuse à la suite d'un abus de laxatifs pour constipation. A partir de cet épisode, qui coïncide avec une mise à un régime lacto-végétarien, elle ressent un dégoût croissant pour les aliments et se met à maigrir de 1 à 2 kg par mois pour atteindre le poids de 37 kg. Les règles disparaissent en novembre 1955.

ANTÉCÉDENTS.

Jeannine a une sœur jumelle et deux autres sœurs âgées respectivement de dix-sept et de dix ans; toutes les quatre sont très gâtées par leurs parents.

On note, à sept ans, une méningite tuberculeuse compliquée d'épisodes convulsifs, de surdité et d'une paraplégie. Ces deux symptômes ont régressé complètement sous l'effet d'un traitement local et général de streptomycine; il persiste une hypoacousie.

Sa scolarité est normale cependant; elle est en fin d'études, deuxième année, cours complémentaire. C'est une très bonne élève, très méticuleuse et soigneuse.

Elle est réglée normalement à douze ans; mais commence une petite obésité qui l'amène à 54 kg pour une taille de 1,54 m en août 1955 sans exagération particulière de l'appétit.

EXAMEN.

C'est une enfant d'aspect timide, réticente aux questions, au visage triste et fermé. D'après les parents, elle aurait un caractère doux et affectueux, mais assez renfermé. Elle ne se distrait guère qu'avec sa jumelle qui serait, elle, tout à fait normale. Elle se lie difficilement avec les autres.

Somatiquement, elle a la morphologie encore d'une enfant; elle pèse 37 kg pour 1,54 m. Le dégoût pour les aliments est complet; elle est aménorrhéique et constipée. Au point de vue neurologique, on note une diminution du rotulien gauche et de l'achilléen. L'examen auditif révèle une hypoacousie droite simple.

Les examens complémentaires sont les suivants : urée à 0,30; numération : Hb 80 %, GR 4.180.000, GB 6.200, poly. neutro. 63, éosino. 1/64 %, lympho. 34, mono. 2/36 %; VS 1 heure 15 m, 2 heures 35 m, 24 heures 100 m; cholestérol 3,60 g %; lipides totaux 73 g %.

Le test de Roschach ne fait que confirmer la note d'arriération d'affectivité : « Protocole pauvre, réponses animales. Capacités intellectuelles : arriération affective. Inhibition avec parfois possibilité de décharge impulsive, pas d'identification humaine. Conflit avec la mère; anxiété marquée. En résumé, difficulté d'adaptation dans le domaine affectif sur un fond glischroïde avec une certaine adhésivité et de la persévération ».

Nous n'avons pas eu le temps de lui faire un EEG.

EVOLUTION.

L'isolement et la suralimentation font grimper le poids de 37 à 53 kg. Les règles reprennent spontanément en juillet 1956.

Une lettre de sa mère le 12 décembre 1956 confirme la stabilité de l'amélioration; elle a repris son travail dans un cadre d'enseignement ménager; elle pèse 50 kg.

OBSERVATION N° 2

Mlle L... Marie-Noëlle, née le 23 mai 1943.

C'est une jeune fille âgée de quatorze ans qui est amenée consulter pour anorexie mentale le 1^{er} octobre 1957.

Il semble que le début des troubles remonte à décembre 1956. A cette époque elle est plutôt rondelette et pèse 50 kg pour taille de 1,51 m.

On se moque un peu d'elle dans sa famille où le ton habituel est « la mise en boîte ». Egalement au lycée. Elle décide de maigrir et, étant demi-pensionnaire, ne mange plus rien à midi.

Ses parents s'aperçoivent de son état de fatigue et de son amaigrissement (46 kg) à Pâques et l'envoient chez une tante en Bretagne. Elle mange très peu, chipote, exige des menus type « régime amaigrissant des magasins ».

L'enfant revient à Paris et continue à maigrir, se restreignant également au repas du soir.

Pendant les grandes vacances, une tentative d'autorité reste sans effet. L'enfant parle de s'enfuir. On l'envoie en Angleterre pour qu'elle soit séparée du milieu familial.

Elle ne mange que très peu, prétextant la mauvaise qualité de la nourriture. Elle perd 1 kg par semaine et rentre à Paris en septembre avec un poids de 35 kg.

Actuellement, elle passe par des alternatives de prostration et d'agitation.

L'aménorrhée est apparue en juillet 1957.

BIOGRAPHIE.

C'est une fille unique.

Mère trente-cinq ans. BP « a été forte » jusqu'à quinze-seize ans. Employée de banque. Paraît bien équilibrée.

Père trente-six ans, officier de police à la P.G. Semble bien équilibré.

L'enfant fut très désirée.

L'atmosphère familiale semble assez détendue en temps ordinaire. La mère a été très affectée par cette maladie de l'enfant.

La grossesse fut très difficile au point de vue organique : pyélonéphrite, colibacillose, menace de F.C.

Accouchement à terme - normal. L'enfant a crié tout de suite. PN 3 kg.

L'allaitement fut artificiel d'emblée, du fait d'une tuberculose maternelle.

Elle a été élevée par sa grand-mère maternelle jusqu'à sept-huit mois, mais voyait sa mère tous les jours. Aucune difficulté alimentaire.

Le développement staturo-pondéral fut plus que satisfaisant. Le développement psycho-moteur absolument normal. Marche à un an. Premières phrases vers dix-sept-dix-huit mois; elle va ensuite au jardin d'enfants à trois ans, suit l'école communale jusqu'en sixième.

Elle est une excellente élève au Lycée Molière où elle devait entrer en troisième.

Premières règles en 1955 sans difficulté.

COMPORTEMENT.

C'est une enfant gaie, très gourmande, répondant facilement aux plaisanteries familiales, lisant beaucoup de poèmes et affectant un amour immodéré pour James Dean et les pilotes d'avion. Elle est sportive et devait faire du cheval à la rentrée. Elle a de nombreuses amies au lycée, est reçue chez leurs parents et les reçoit chez elle.

Le test de Rorschach donne : bonne capacité intellectuelle; sur le plan affectif infantilisme sans conflits importants.

Le TAT montre également un infantilisme notable sans conflits ou problèmes très notables.

EXAMEN.

Pèse 35 kg pour 1,51 m; T A 7 1/2-5. Présente une acrocyanose des pieds et des mains. Le reste de l'examen est négatif.

Les examens complémentaires montrent une glycémie à 0,81 ‰; urée à 0,45 g ‰; numération : Hb 86 ‰, G R 4.360.000, G B 12.000, poly. neutro. 45 ‰, lympho. 52 ‰, mono 3/55 ‰.

Radio pulmonaire normale. Cuti négative.

EVOLUTION.

L'isolement et la suralimentation font remonter le poids à 40 kg. Elle sort et est revue régulièrement en consultation.

On note, en janvier 1958, une petite rechute. Elle est retombée à 39 kg après avoir été fatiguée par le ski. Elle continue à se trouver trop grosse. D'autre part, elle est très remuante et agacée par les conseils de modération que lui donne sa mère.

Elle est revue en mars 1958 avec un poids à 42,800 kg. Il y a une atténuation des troubles du caractère, mais les règles ne sont pas revenues.

OBSERVATION N° 3

Mlle S... Françoise.

C'est une jeune fille de seize ans qui entre dans le Service du Professeur MICHAUX le 20 décembre 1957 pour une anorexie s'accompagnant de manifestations cénestopathiques multiples.

La jeune malade se plaint en effet de douleurs diffuses généralisées. Tout lui fait mal : le thorax, l'abdomen, la tête. En essayant de lui faire préciser ces algies diverses, elle nous dit se sentir contractée, avec des impressions de striction au niveau de la gorge et du thorax et d'étouffement.

Elle a peu d'appétit et présente des vomissements répétés à toute tentative d'alimentation depuis une semaine.

Le début est imprécis. Une appendicectomie, en octobre 1957, ne fait qu'aggraver les troubles. De 42 kg avant cette intervention, le poids descend à 37 kg pour 1,51 m. Des crises de type manifestation hystérique apparaissent. Elle a peur de s'endormir par crainte d'étouffer ou de mourir au cours du sommeil. Cependant les règles persistent et sont assez abondantes.

BIOGRAPHIE.

C'est une fille unique.

Les parents sont âgés : mère cinquante-trois ans, père cinquante-sept ans. La grossesse fut normale. L'accouchement prématuré de trois semaines environ. L'enfant a crié tout de suite et pesait 3 kg.

L'enfant ne fut pas nourrie au sein, mais au lait concentré, puis au lait de vache. On a remarqué à cette époque qu'elle était longue à boire, qu'elle ne

poussait pas vite et qu'elle avait le sommeil léger, sans que ces légères difficultés prennent un caractère inquiétant. Cependant le poids resta toujours un peu au-dessous de la normale.

Le développement psycho-moteur fut normal. Marche à un an. Elle a parlé très tôt sans passer par le stade du parler « bébé ».

Elle contracta les maladies infectieuses classiques (coqueluche, rougeole, otites). Elle fut opérée des végétations à l'âge de huit ans.

Elle fut réglée à douze ans et demi avec un syndrome pré-menstruel assez marqué.

Le travail scolaire fut bon d'emblée, mais l'enfant fut toujours un peu malade et il semble que les parents aient cultivé cette angoisse après l'intervention en multipliant les consultations médicales, les radiographies, les régimes.

EXAMEN.

Le test de Wechsler-Bellevue donne un QI verbal à 95, un QI performance à 98, un QI global à 96. Les résultats sont un peu irréguliers, surtout aux épreuves verbales où elle refuse de répondre, à la moindre difficulté. Elle dit, alors, qu'elle est fatiguée, qu'elle a mal partout et commence à geindre.

Comportement plus normal et plus simple à la performance, qu'elle réussit bien, sauf les assemblages d'objets.

Les tests projectifs Rorschach et TAT montrent le même comportement : elle commence à dire qu'elle ne sait pas, qu'elle est trop fatiguée, trop malade; puis, sans qu'on ait à insister beaucoup, elle se met à parler et à donner des réponses pratiquement normales. L'attitude inquiète, agitée disparaît au cours des tests auxquels elle s'adapte bien. Cette enfant est certainement anxieuse, mais cette anxiété s'extériorise facilement et semble suffisamment superficielle pour ne pas altérer réellement sa perception des formes au Rorschach et son rendement en général. Devant les difficultés d'ordre intellectuel, elle invoque habituellement son état de fatigue pour éviter de les affronter. Ainsi au Rorschach elle refuse les planches trop difficiles.

Au TAT, après s'être fait prier un peu, elle raconte facilement des histoires très enfantines. Elle s'identifie à une petite fille qui joue le rôle principal. Tout tourne autour d'elle. Elle aime se donner en spectacle, en faisant des gestes de désespoir, en commettant des bêtises, en jouant des tours à son entourage. Elle se fait ainsi consoler, pardonner et cajoler par sa mère. Ses histoires se terminent toujours très bien.

Dans l'ensemble, les deux protocoles ne sont pas perturbés au point de vue forme et structure. Mais leur contenu et le comportement de l'enfant mettent très clairement en évidence son besoin de rester une toute petite fille et de capter l'attention et l'affection de son entourage, de sa mère en particulier, par tous les moyens.

L'EEG montre un rythme à 10 C/seconde: un peu labile, de répétition et de réactivité normales. Spontanément, il existe, sur la moitié antérieure du scalp, des rythmes peu amples, irréguliers, symétriques, surchargés de rythmes rapides.

Il n'y a pas d'anomalies paroxystiques, par d'anomalie en foyer.

L'hyperpnée augmente l'amplitude du contenu lent du tracé sans faire apparaître d'anomalies. La SLT est normalement supportée.

Conclusion : tracé dans les limites du normal.

EVOLUTION.

Elle sort en janvier 1958 à 40 kg.

Elle est revue en consultation en avril 1958; l'appétit est bon. Elle a repris plus que son poids initial. Cependant, elle se plaint de ne pas dormir encore très bien.

Elle doit reprendre les cours après la rentrée de Pâques.

OBSERVATION N° 4

Mlle M... Odette.

Odette M... est âgée de seize ans quand elle est amenée, en janvier 1956, par une assistante sociale S.N.C.F. pour anorexie dans le Service du Docteur RONDEPIERRE.

Il semble que le début des troubles se situe en janvier 1955; l'enfant, placée dans un orphelinat, s'y adapte mal; présente quelques troubles du comportement, surtout des impulsions coléreuses à la moindre remontrance. En octobre dernier, on la change d'établissement; l'adaptation est meilleure, puis, brusquement, en décembre, apparition brutale d'une anorexie complète avec amaigrissement rapide; en même temps, l'attitude, qui était jusque-là normale, change, devient hostile avec mutisme. Elle manifeste plusieurs fois le désir de mourir.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Ces troubles surviennent chez une malade dont l'enfance a été très troublée. Le père, éthylique, semble avoir été violent, brutal envers sa fille. En 1952, la mère, au cours d'un accès dépressif, se suicide par pendaison. L'enfant vit seule avec ses frères et sœurs.

Puis le père prend une concubine qui s'entend mal avec les enfants.

En 1954, le père, ivrogne, est déchu de ses droits paternels; les enfants sont pris en charge par une tante et un oncle maternel qui ne peuvent s'occuper de tous; les plus grands sont mis dans des orphelinats.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Ils sont peu nombreux, la mère étant décédée, et l'enfant répondant difficilement aux questions. Elle a été à l'école jusqu'à quatorze ans et n'a pas le certificat d'études. Elle a fréquenté ensuite l'école professionnelle.

Elle est réglée depuis l'âge de quatorze ans; un retard de règles est actuellement signalé, mais il est nié par l'enfant.

A la maison, on la décrit comme une enfant douce, craintive, polie, très sensible et affectueuse. Elle est très attachée à ses frères et sœurs, surtout aux

plus jeunes qu'elle prenait en tutelle. Elle est très minutieuse dans sa tenue comme dans son travail.

EXAMEN.

Il est difficile de préciser la motivation des troubles actuels en raison de la réticence. L'enfant dit seulement s'ennuyer et manifeste le désir de voir sa sœur aînée mariée et son beau-frère. On ne retrouve aucune trace d'autre conflit actuel.

Au cours de l'examen, on note l'expression atone du visage; les yeux sont baissés, évitant le regard de l'entourage; l'enfant se ronge les ongles continuellement.

Il n'y a pas de troubles du cours de la pensée, pas de discordance de la mimique, aucun autre trouble avoué.

Elle pèse 34 kg pour 1,52 m; son morphogramme est celui d'une immature.

Un Terman révèle une débilité importante. L'âge mental est de huit ans deux mois pour un âge réel de seize ans; c'est une débilité simple; « pensionnaire douce, timide, se donnant beaucoup de mal pour répondre, mais comprend assez difficilement certaines questions; à la fin du test, commence à se sentir fatiguée, ne répond plus ».

EVOLUTION.

Les examens complémentaires sont normaux : VS 4-7-94; glycémie à 0,85 ‰; urée à 0,40; FO normaux; numération globulaire avec 4.900.000 de GR, 8.200 de GB et une formule normale.

Traitée par deux EC puis des Plexamines n° 13, elle reprend du poids. On cesse l'isolement et elle est placée à la maison de repos S.N.C.F.

Cependant, elle est de nouveau hospitalisée en avril 1956 pour reprise des troubles anorexiques et continuation de l'aménorrhée.

Le contact est pauvre; on note un apragmatisme notable, des tendances impulsives épisodiques, une fuite des autres malades et des infirmières qui font envisager l'évolution possible vers une schizophrénie. Cependant la mimique est cohérente comme le comportement d'ensemble; la débilité explique en partie la pauvreté de contact qu'on a avec elle.

Au bout de deux mois le tableau somatique s'améliore et permet une permission de quinze jours avec sa sœur et son beau-frère.

Elle est revue en octobre 1956 pesant 41 kg et a de nouveau ses règles.

OBSERVATION N° 5

Mlle B... Dominique.

Dominique B... est âgée de dix-sept ans et entre dans le Service du Docteur RONDEPIERRE en novembre 1955. Anorexique, aménorrhéique, pesant 43 kg depuis le mois d'août 1955.

On apprend par la famille qu'elle a été très jalouse d'une petite fille que la mère avait prise en nourrice un mois auparavant pour les vacances seulement.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Elle est fille unique. Son père, cantonnier, a été très marqué par la captivité et est revenu avec un caractère sombre, brutal, incompréhensif et sans tact. Cette brutalité est dirigée aussi bien contre la mère que contre la fille. La petite malade s'entend bien avec sa mère qui est très douce. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques dans la famille.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

On ne signale rien dans la prime enfance; elle a marché à onze mois; elle a commencé à parler à quinze mois; elle fut propre à deux ans. Outre la varicelle et la rougeole elle fit une primo-infection sévère à neuf ans avec six mois de préventorium.

Elle est réglée depuis l'âge de treize ans; les règles ont toujours été irrégulières et douloureuses.

Ses études sont bonnes; elle est élève au Lycée de Montmorency; prépare le baccalauréat et se destine à l'enseignement (professeur de lettres).

EXAMEN.

A son entrée elle refuse toute nourriture et cet état durerait depuis trois semaines; elle pleure et présente un état général inquiétant : pâleur, maigreur squelettique, grande asthénie rendant la démarche titubante, l'équilibre précaire. Couchée, l'examen neurologique est négatif, sinon une force musculaire très diminuée du fait de l'asthénie.

Le sommeil est mauvais; les cauchemars sont fréquents.

Elle a fréquemment un sentiment d'isolement et se plaint de n'avoir personne à qui se confier. Les contacts sociaux sont pénibles, traumatisants; il en résulte un sentiment d'infériorité. Elle a souvent l'impression de non incorporation aux groupes.

Outre la jalousie vis-à-vis de l'enfant prise en nourrice, on retrouve une révolte contre le père : « L'atmosphère est déprimante à la maison à cause de lui », dit-elle.

Le refus systématique d'aliments au début semble s'être transformé peu à peu en dégoût complet de toute nourriture. Elle se plaint de brûlures gastriques.

Les examens complémentaires sont normaux : FO normaux; VS à 2-5-40; glycémie à 0,14 ‰; urée à 0,25 ‰; BW négatif. La graphie pulmonaire est normale. Une radio de l'estomac montre un certain degré de ptose due à l'amai-grissement.

EVOLUTION.

L'isolement de la famille la fait reprendre quelques kilos en dix jours; elle mange sans trop se faire forcer; le sommeil est bon.

Les rapports sont faciles avec les autres malades quoiqu'elle soit timide et un peu renfermée.

Elle sort au bout d'un mois améliorée au point de vue général; ses règles ne sont pas réapparues. On fait une réserve sur des tendances schizoïdes apparues au cours de l'hospitalisation. La convalescence se poursuivra chez des amis avec un traitement endocrinien et reconstituant.

OBSERVATION N° 6

Mlle X... Renée.

Renée X... est âgée de dix-sept ans quand elle entre dans la Maison de Santé du Docteur BUVAT en septembre 1957 pour une anorexie mentale. Le début remonte à six mois environ, sans qu'on puisse retrouver un événement précis à l'origine de cette anorexie.

Elle a sélectionné progressivement sa nourriture et se contente actuellement, le matin, d'un café noir et d'une biscotte, le midi, un petit morceau de viande et une pomme de terre, le soir, une soupe. Elle manque d'appétit et doit se forcer pour manger. Elle est arrivée ainsi au poids de 35 kg. Elle n'a plus ses règles.

ANTÉCÉDENTS.

Ses parents sont crémiers. Le père serait facilement coléreux; elle le craint un peu. Sa mère est nerveuse et crie beaucoup. Il y a des disputes familiales fréquentes à propos de son manque d'appétit. Elle est l'aînée; son frère cadet est bien portant. Ce fut une enfant née prématurément et mise en couveuse à la naissance.

Elle fut pendant longtemps délicate de santé. Elle se souvient d'une coqueluche pendant laquelle elle aurait beaucoup vomi et sa mère la forçait à manger. Elle fit ensuite une primo-infection sévère à six ans et fut très gâtée et protégée à cette époque.

A partir de huit ans, elle fut bien portante, mangeait normalement et était plutôt assez rondelette.

A quatorze ans elle eut ses premières règles sans ennui.

Elle travaille bien et vient de passer son premier baccalauréat avec succès.

EXAMEN.

C'est une jeune fille au visage ingrat, assez timide et parlant à voix basse.

Elle nous dit aimer bien l'école; elle aurait voulu continuer ses études pour faire ensuite des sciences expérimentales.

Elle a peu d'amis et ne se lie pas facilement. Il ne semble pas qu'il y ait d'histoire sentimentale; elle sort en effet peu; le dimanche elle est obligée d'aider ses parents sur les marchés, ce qui l'ennuie beaucoup; elle préférerait travailler dans ses livres de classe.

Elle nous dit qu'elle s'entend très bien avec ses parents; elle défend même le métier manuel et matériel de ses parents; cependant, quelques minutes après, alors qu'on lui apportait un bol de lait pour son goûter, elle fait devant nous une crise hystérique avec tremblement généralisé, pâleur, sans perte de connaissance véritable. Nous allâmes la revoir quelques jours après, mais la réticence fut complète et elle exprima le désir de ne plus nous revoir.

Elle est sortie, nous a-t-on dit, deux mois plus tard, bien portante.

OBSERVATION N° 7

Mlle S... Simone.

Simone S... est âgée de dix-sept ans et est vue en consultation en juin 1957 par le Docteur A. PLICHET pour une anorexie avec aménorrhée et amaigrissement de 13 kg en six mois.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Elle est fille unique. Son père est gendarme et alcoolique. Il fut cassé de ses fonctions pour ivrognerie lorsque l'enfant avait sept ans. La mère demande le divorce peu après. Jusqu'à huit ans, l'enfant a été spectatrice de nombreuses scènes de violence entre son père et sa mère, sans qu'il y ait de brutalités physiques cependant.

La mère est très douce, fille de petits cultivateurs en Dordogne, et travaille comme bonne à tout faire pour permettre à sa fille de continuer ses études.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

La grossesse et l'accouchement furent normaux. Elle fut élevée au biberon, la mère n'ayant pas de lait. Elle a marché et a été propre de bonne heure. Elle a toujours eu bon appétit.

Son enfance fut ballotée à cause de la profession du père, de localités en localités, successivement en Dordogne, à la frontière espagnole, à Blida, en Algérie, où elle ne semble pas avoir souffert de la chaleur.

Revenue en Dordogne avec sa mère, elle va à l'école communale où elle est la première de sa classe. Elle passe facilement le certificat d'études. Elle vient ensuite à Paris pour continuer ses études; elle habite chez une tante à Alfortville et va au cours complémentaire où elle obtient de très bonnes notes.

Après avoir obtenu le divorce, sa mère vient la rejoindre à Paris et elles habitent toutes les deux une chambre de bonne dans la maison où sa mère travaille comme domestique. Elle prend ses repas dans la cuisine de cette famille où sa mère est employée. Elle continue d'autre part ses études brillamment au cours complémentaire de Vanves. Mais elle souffre de la condition de sa mère et, depuis un an, elle perd progressivement l'appétit, a du dégoût pour la viande, les œufs, le sucre, le lait. Elle ne mange que du jambon comme sa grand-mère en Dordogne lui en donnait; des fruits, sauf les bananes; certaines crudités bien vinaigrées.

Il n'y a pas d'antécédents organiques, sinon une rougeole bénigne dans l'enfance.

Elle a été réglée à quatorze ans sans troubles, ayant été renseignée par sa mère au préalable. Elle ne les a plus depuis le mois de janvier 1957.

EXAMEN.

C'est une jeune fille de petite taille, 1,52 m, fluette, longiligne, pesant actuellement 43 kg. Ressemblant à sa mère, qui l'accompagne.

Elle est coquette, bien habillée, répond aux questions lentement et d'une voix très grêle, comme si la mue n'avait pas été faite. Elle est timide, mais ne rougit pas et ne tremble pas.

Prise en aparté, elle nous dit ne pas aimer son père quoiqu'elle ne sache pas qu'il buvait. Elle adore sa mère qui lui semble avoir été très malheureuse avec cet homme. Mais elle ne peut souffrir la condition de bonne à tout faire de sa mère. « Le patron de ma mère est très gentil, mais ma mère est en condition, je ne peux pas souffrir cela. » Elle aurait préféré que sa mère fasse des ménages en ville, et surtout avoir un appartement et manger chez elles. Elle se sent enfin supérieure à sa mère qui n'est pas instruite.

Devant la persistance des troubles, une hospitalisation à la Salpêtrière est demandée. Une narco-analyse révèle une histoire sentimentale datant de dix-huit mois. Le garçon qu'elle a fréquenté pendant un mois n'était pas assez fin et délicat à ses yeux et c'est elle qui n'en a plus voulu.

Actuellement, elle se juge supérieure par ses études et ne veut plus entendre parler d'amoureux. D'autre part, on retrouve la mésentente avec la mère, le regret de n'être pas dans un foyer stable, la recherche d'une image paternelle. En effet, elle regrette la Dordogne et voudrait y retourner pour retrouver sa grand-mère, ses amis d'école, son oncle célibataire, un peu plus âgé que sa mère, qui s'est occupé d'elle depuis le divorce de ses parents.

EVOLUTION.

L'isolement simple fait monter le poids régulièrement en un mois, de février à mars 1958. Elle sort le 8 mars 1958 avec un poids de 50 kg et part en convalescence en Dordogne.

Elle est revue en juin 1958, avec un bon appétit, des règles encore irrégulières, toujours précieuse, recherchée dans ses mots et sa toilette.

Elle compte travailler au mois d'octobre 1958 dans une banque.

Il persiste un attachement ambivalent à la mère et un refus d'envisager une vie sexuelle adulte.

OBSERVATION N° 8

Mlle D... Jacqueline.

Jacqueline D... est âgée de dix-sept ans lorsqu'elle entre dans le Service du Professeur MICHAUX le 7 juillet 1956 pour des troubles de l'appétit, des nausées per et post-prandiales, des douleurs épigastriques, exagérées par la prise d'aliments et de boissons. Il n'existe pas de vomissements. Il y aurait quelques lipothymies et des céphalées sans caractéristiques nettes.

Ces troubles dateraient de l'âge de quinze ans à la suite d'une péritonite appendiculaire, selon les parents.

Mais une deuxième entrevue avec la jeune malade révèle que c'est à seize ans, à la suite d'un flirt avec un jeune homme de vingt-six ans, que sa famille

n'accepte pas, que les troubles somatiques ont vraiment débuté. En effet, elle n'essaye pas de revoir ce garçon : « Je n'ai jamais désobéi à mes parents », dirait-elle. Mais elle refuse de sortir et commence à ressentir ces différents malaises. Cependant, le poids ne bouge pas; elle continue à travailler bien en classe.

Il y a un an, ses parents lui permettent de revoir ce jeune homme; mais l'entrevue la déçoit; le garçon en question lui manifeste son désir de ne pas se marier et de profiter des plaisirs de la vie. A la suite de cette déception, les troubles somatiques s'accroissent; elle perd complètement l'appétit; elle cesse la fréquentation scolaire à cause des céphalées; l'amaigrissement est de 10 kg.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

On note une hérédité chargée : du côté maternel, une grand-mère décédée internée, un grand-père alcoolique. La mère est elle-même nerveuse et fait des crises névropathiques. Le père est alcoolique, violent, querelleur, et a fait un an de prison. Elle a une sœur cadette bien portante qui gagne sa vie comme bonne à tout faire.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Le développement somatique semble avoir été normal.

La péritonite appendiculaire l'a retardée légèrement dans ses études.

Elle a le C.E.P., mais n'a pas été orientée secondairement à cause de sa santé; elle n'a pas de profession actuellement.

EXAMEN.

L'entrevue avec elle est d'abord orageuse; elle refuse l'hospitalisation. Cependant, on arrive ultérieurement à lui faire entendre raison et les interrogatoires suivants révèlent la méfiance familiale, surtout avec le père qui est grossier et violent. Jacqueline rend responsable la famille de sa déception sentimentale.

Elle présente un sentiment d'infériorité vis-à-vis de la sœur qui travaille et qui est préférée des parents.

Elle ne sort pas et n'a pas d'amies. Elle préfère rester à la maison et s'occuper des diverses tâches du ménage.

Son caractère est sérieux, pondéré et plus mûr que son âge.

L'examen physique est négatif; elle pèse 40 kg; elle est aménorrhéique depuis six mois. Les examens complémentaires sont normaux : urée à 0,20; glycémie à 0,85; calcémie à 99 mg %; cholestérol à 1,42 g %; TA à 10-5.

EVOLUTION.

L'isolement associé à une cure neuroplégique et de l'insuline à petites doses est prescrit.

Au bout d'un mois elle sort, pesant 50 kg, et doit aller passer deux mois à Hendaye en cure de repos loin de sa famille.

Elle est revue, le 12 décembre, avec un poids stable, des règles normales. L'entente familiale est bonne; elle va chercher une place de vendeuse.

OBSERVATION N° 9

Mlle L... Monique.

Monique L... est âgée de dix-sept ans et entre dans le Service du Docteur SIGWALD en novembre 1956 pour une anorexie, une aménorrhée, un amaigrissement de 8 à 9 kg depuis quatre à cinq mois.

Deux événements nous semblent à l'origine de cette anorexie : d'une part, la séparation de la famille; elle est en effet envoyée dans une école de puériculture à Argenton, depuis environ un an, pour avoir un diplôme comme ses sœurs. Bien qu'elle aime les enfants, Monique ne s'adapte pas à ce pensionnat; elle ne s'entend pas bien avec ses camarades qui sont d'un milieu rural.

D'autre part, il s'est produit un épisode sentimental peu avant son départ pour cette école. Un voisin de classe s'est épris de la sœur de Monique, Bernadette. Les sentiments de celle-ci ne correspondent pas à ceux du jeune homme, alors que Monique s'éprend de ce garçon. Las d'être repoussé par Bernadette et connaissant les sentiments de Monique, Michel demande à Monique d'être sa femme. Après avoir réfléchi, Monique pense qu'elle est trop jeune et qu'il ne peut pas s'agir d'une affaire sérieuse puisque c'est en réalité sa sœur que Michel aime. Elle refuse et part en pension. Elle apprend, par la suite, les fiançailles de Michel avec Bernadette.

ANTÉCÉDENTS.

Le père, expert-comptable, fonctionnaire, semble avoir un caractère assez rigide, aimant particulièrement l'ordre. Il est très méticuleux et vérificateur.

La mère est surchargée par ses grossesses. Elle a neuf enfants. Monique est la deuxième.

Dès l'enfance, on vante le caractère plus intellectuel et plus entreprenant de la sœur aînée, Bernadette, qui est un vrai garçon, disent les parents. Monique, elle, est plus manuelle, plus jolie que sa sœur aînée, plus douce, plus féminine.

Après avoir passé son certificat d'études, et comme elle ne désirait plus aller en classe, on confie à Monique le soin de s'occuper des plus jeunes enfants.

Elle s'est occupée particulièrement de sa dernière petite sœur, la mère ayant été très fatiguée par une hémorragie utérine.

Elle est réglée normalement à quatorze ans.

Elle passe le CEP à treize ans. A quinze ans, elle passe un examen d'orientation professionnelle et est envoyée dans cette école de puériculture.

EXAMEN.

Les parents signalent sa méticulosité sa façon très ordonnée avec laquelle elle lavait et habillait ses frères et sœurs. Elle est beaucoup plus soigneuse de ses affaires que sa sœur. Elle est très impressionnable. Elle éclate en sanglots lorsque les deux sœurs vont rendre visite à leur mère qui vient d'accoucher. Lors du départ de sa mère pour quelques jours, Monique s'est mise à pleurer, pensant ne plus la revoir.

Enfin elle avait un amour débordant pour sa dernière sœur dont elle s'est occupée entièrement pendant la première enfance et qu'elle eut beaucoup de mal à quitter pour aller en pension.

Au total, c'est une enfant renfermée, peu souriante, scrupuleuse au maximum à la maison, attachée d'une façon excessive à sa dernière sœur, ne jouant pas avec les autres enfants. Elle envisage le mariage comme une chose très lointaine.

A son entrée, elle pèse 45 kg, elle est pâle et présente une légère anémie : Hb 94 %, G R 3.400.000, G B 4.500, V G 1,27.

L'aménorrhée est complète et l'étude des frottis vaginaux confirme sa nature hypohormonale.

EVOLUTION.

Mise à l'isolement et à une cure de 7065 n° 4, en un mois elle passe à 50 kg et sort en meilleur état psychologique.

OBSERVATION N° 10

Mlle L... Marie-Madeleine.

Marie-Madeleine L... est âgée de dix-sept ans quand elle entre dans le Service, en juin 1956, pour une anorexie et un amaigrissement dont le début semble remonter à un an.

A cette époque-là elle quitte l'école et entre dans une place de comptable contre son gré. En effet, elle aurait voulu continuer le secondaire comme ses frères et sœur. Mais, étant donné ses difficultés scolaires, ses parents l'orientèrent vers la comptabilité, après un examen d'aptitudes professionnelles. C'est à partir de ce moment-là qu'elle a des troubles de l'appétit, d'abord en partie volontaire : elle mange à midi sa gamelle à son lieu de travail, mais refuse de manger le soir à la table familiale. Elle a maigri de 13 kg lorsqu'elle est amenée par ses parents.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

On note une hérédité chargée : du côté maternel un grand-père suicidé à cinquante-trois ans. Du côté paternel, deux tantes neurasthéniques, dont l'une traitée à Saint-Anne par électro-chocs. Dans la fratrie, un frère décédé à la naissance d'une malformation cardiaque. La mère semble normale, affectueuse ; le père serait plus autoritaire. La malade est la deuxième de la fratrie qui comprend trois frères et une sœur, bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Elle fut allaitée quatre à cinq mois ; il n'y eut pas de difficulté de sevrage. On signale une onychophagie dans l'enfance.

Elle est réglée à quatorze ans et demi.

D'après les parents, c'est une enfant sensible, timide, émotive, ne s'extériorisant qu'avec les personnes de sa famille.

Au point de vue scolarité, elle est lente à comprendre et elle a du retard vis-à-vis de ses frères et sœur qui sont tous dans le secondaire. Elle a eu, cependant, le C.E.P.

EXAMEN.

C'est une jeune fille d'aspect schizoïde, au visage crispé et triste.

Le contact est difficile, la malade est réticente et répond par monosyllabes.

Elle nous dit qu'elle a peur de ne pas réussir l'examen de comptabilité. De tout temps, d'ailleurs, elle a eu peur des examens. Elle refait souvent ses devoirs, dans la crainte qu'ils ne soient pas assez bien ou propres. Elle répète ses leçons plus qu'il n'est usuel. Elle hésite à prendre des décisions et revient sur ce qu'elle a fait. Elle est très méticuleuse et vérificatrice.

Elle semble très attachée à sa famille; cependant on remarque sa jalousie vis-à-vis des frères et sœur qui réussissent mieux qu'elle.

Facilement anxieuse, elle a peur du noir et des bombardements.

Physiquement, elle pèse 40 kg pour 1,60 m. Elle est aménorrhéique depuis neuf mois. Les examens complémentaires sont normaux : urée à 0,20; Hb à 84 %; cholestérol à 2,55 g; lipides totaux à 9,50 g %; glycémie à 1 g %.

Un test de Rorschach ne fait que confirmer le fond anxieux, mais non la note psychasthénique : « La malade refoule ses affects, ne s'adapte pas aux réalités concrètes de la vie pratique; elle se perd dans des généralisations théoriques et abstraites. »

EVOLUTION.

L'isolement, la suralimentation, l'insuline à petites doses font grimper le poids à 53 kg en un mois; la sortie est décidée.

Elle est revue en février 1957 : elle travaille comme comptable et on est content d'elle. Elle a bon appétit; elle a le même aspect schizoïde, cependant le visage s'éclaire d'un sourire adapté de temps en temps. Elle est toujours attachée à sa mère; on note quelques conflits avec le père. Le moral est meilleur dans l'ensemble.

OBSERVATION N° 11

Mlle H... Suzy.

C'est une jeune fille de dix-huit ans qui entre dans le Service du Professeur MICHAUX le 6 décembre 1957 pour une anorexie apparue il y a quatre mois environ.

Depuis quelque temps déjà la malade restreignait son appétit pour garder sa ligne; puis elle s'est plainte de douleurs stomacales à type de constriction sans horaire précis, s'accompagnant de nausées. Il y a des moments où elle a envie de manger, mais si elle mange, même si elle avale seulement de l'eau, ses nausées et ses douleurs gastriques la reprennent, nous dit-elle. Elle est arrivée ainsi au poids de 35 kg pour 1,46 m alors qu'elle pesait 45 kg l'an dernier.

Cette anorexie s'accompagne d'une disparition des règles depuis trois mois, ayant été précédée d'une irrégularité.

L'insomnie est importante. Elle ne supporte pas le moindre bruit et se plaint d'être obligée de dormir avec ses sœurs. Elle prétend avoir même des douleurs gastriques la nuit. L'irritabilité dans la journée est importante; elle s'énervé et pleure à la moindre observation; elle supporte très mal les cris et les jeux de ses frères et sœurs alors qu'elle s'entendait très bien avec eux auparavant.

Tous ces troubles vont en s'accroissant et nécessitent un arrêt de travail il y a trois semaines.

BIOGRAPHIE.

C'est l'aînée de neuf enfants.

Le père, coiffeur, bien portant, est âgé de trente-neuf ans.

La mère, âgée de trente-neuf ans, eut cette première grossesse normale, mais l'accouchement au forceps fut long, très hémorragique avec circulaire du cordon. Une réanimation par flagellation fut nécessaire. L'enfant était cyanosée et n'a crié que trois quarts d'heure après; pas d'oxygène. Les huit autres accouchements furent normaux et les huit enfants, qui suivent, vont bien.

L'allaitement maternel dura neuf mois. Pas de troubles du sevrage. Elle a marché et parlé normalement. Elle est entrée à l'école à l'âge de six ans, a toujours donné satisfaction, a eu son CEP à quatorze ans.

Elle a passé son CAP de coiffeuse avec une extrême facilité.

COMPORTEMENT.

A l'école, elle a beaucoup de camarades, mais assez renfermée, elle n'aime pas sortir. Elle préfère rester à la maison, soit pour lire des journaux féminins (*Nous Deux*, *Cinéma*) ou les romans policiers de son frère, soit pour aider sa mère dans ses travaux ménagers. Sa mère nous dit, en effet, que c'était une fille active, qui s'occupait beaucoup de ses frères et sœurs et, bien souvent, faisait la maîtresse de maison à sa place.

Depuis un an, elle travaille comme coiffeuse. Ses débuts furent difficiles. Ses patrons et ses collègues la prennent pour une gaminette et l'appellent « petite ». Elle en fut très affectée et en parlait souvent à la maison. Elle pensait que ses succès scolaires et son activité ménagère étaient des preuves de ses capacités.

Il existe une mésentente avec le milieu familial. La jeune malade n'accepte pas son milieu et trouve ses frères et sœurs trop nombreux. Il y a, en effet, une disparité frappante entre la mère, qui est une grosse Juive tunisienne, débile, et la fille, d'aspect distingué et intelligent, qui doit souffrir de la promiscuité.

On ne trouve pas de conflit sentimental, cette jeune fille sortait rarement et seulement avec ses frères et sœurs ou avec ses cousins avec qui elle s'entendait bien. La mère ne lui connaît pas de liaison, pas de flirt et considère sa fille comme très affectueuse et très confiante, la mettant au courant de tout ce qui lui arrivait.

Cependant, à un deuxième interrogatoire, outre cette non-acceptation de son milieu, elle déclare n'avoir pas envie de se marier et dit ne vouloir au grand maximum qu'un enfant.

Les conditions de logement sont précaires. Il y a une chambre pour six enfants. Ce n'est que depuis trois ou quatre mois qu'elle a un lit pour elle toute seule.

Un test de Wechsler-Bellevue a été pratiqué et donne : QI verbal 91; QI performance 96; QI global 93; les résultats sont homogènes.

Le vocabulaire est très pauvre, relativement à l'ensemble, la compréhension rapide.

Il y a des difficultés dans le domaine de l'exécution, une lenteur et une méticulosité (elle réussit plusieurs épreuves de dehors du temps limite, Kohs notamment).

EXAMEN SOMATIQUE.

Le poids est de 34 kg pour 1,46 m; un bilan digestif (radios) a été fait et a été trouvé normal.

L'EEG donne un rythme alpha à 10 C/seconde de répartition et de réactivité normales. Spontanément, il existe dans les régions fronto-temporales quelques rythmes thêta labiles, irréguliers, mêlés à des rythmes rapides. Il n'y a pas d'anomalies paroxystiques, pas d'anomalies en foyer. L'hyperpnée fait apparaître quelques ondes lentes isolées postérieures. La SLI donne un bon entraînement sur les régions occipitales et ne fait pas apparaître d'anomalies.

Les conclusions sont : tracé dans les limites du normal.

EVOLUTION.

L'isolement et la suralimentation provoquent rapidement une reprise de poids. Le contact est bon et elle semble avoir bien compris la nécessité de l'isolement.

Elle sort en janvier 1958 à 40 kg, mais n'est pas encore réglée.

Elle est revue le 5 mai 1958. Elle travaille, fait de la natation, de la gymnastique, mais demeure timide et peu sociable.

Elle est revue fin juin 1958. Elle travaille normalement, sort avec quelques amis, a eu ses règles le 20 mai.

OBSERVATION N° 12

Mlle T... Jocelyne.

Jocelyne T... est âgée de dix-neuf ans, sténo-dactylo, lorsqu'elle est vue en consultation, en décembre 1957.

Elle présente des phases d'anorexie et de boulimie depuis l'âge de quatorze ans, date de sa puberté. En effet, se trouvant trop grosse et très vexée des moqueries de ses camarades sur son embonpoint, elle commence à restreindre volontairement sa nourriture et à se faire vomir. Elle arrive ainsi au poids de 44 kg. Ce poids se stabilise à cette limite inférieure pendant deux ans.

L'appétit réapparaît progressivement et elle recommence à grossir pour arriver au poids de 80 kg, il y a encore trois mois, avant que nous la voyions.

En octobre 1957, elle subit une intervention esthétique sur le nez. Elle entreprend de nouveau une cure d'amaigrissement. Elle se retrouve rapidement en un mois à 55 kg.

Cependant, depuis quelque temps, elle est redevenue boulimique, regrossit et se trouve actuellement à 57 kg.

ANTÉCÉDENTS.

On note une hérédité psychopathique : mère déprimée, avec idées de suicide; père éthylique et toxicomane. Elle est l'aînée de la fratrie qui comprend une autre sœur et un frère, tous deux bien portants.

Le développement psycho-moteur a été normal. Elle fut toujours une grosse mangeuse, douée d'un fort appétit.

Sa scolarité fut bonne; elle poursuit ses études jusqu'en Quatrième Moderne; elle entreprend ensuite des études de sténo-dactylo et de secrétariat.

Elle vit, séparée de ses parents depuis deux ans, et habite à Paris un appartement personnel.

EXAMEN.

La mésentente avec la famille est importante. Lors des discussions avec celle-ci, elle est souvent prise de crises de tremblement avec troubles vaso-moteurs se terminant par des larmes.

Elle dit avoir eu des expériences sexuelles, mais sans satisfaction véritable. Elle est assez isolée. Elle refuse de sortir avec sa sœur qui, dit-elle, est plus jolie qu'elle. Cette jalousie vis-à-vis de sa sœur, plus féminine, est retrouvée tout au long de l'examen.

On note des idées fixes de disgrâce physique; elle a le nez trop gros; c'est pourquoi elle a entrepris cette intervention esthétique. Elle se trouve laide. Elle se plaint de nervosité, de crispations épigastriques, de boule œsophagienne et d'algies multiples.

Il n'existe pas de troubles menstruels.

OBSERVATION N° 13

Mlle D... Françoise.

C'est une jeune fille de vingt ans qui est vue en consultation en juillet 1957 pour anorexie et amaigrissement de 4 kg ayant débuté récemment. Elle se plaint en outre d'asthénie, de troubles de l'endormissement, d'angoisse. Il existe un dégoût pour les aliments, sauf pour les fruits, et surtout un sentiment rapide de satiété dès les premières bouchées.

On note un petit syndrome dépressif depuis deux mois avec apragmatisme, ennui, envies de pleurer.

Il n'existe pas d'aménorrhée.

La mésentente familiale est importante. Le père, quarante-sept ans, représentant, est sévère, autoritaire, n'aimant pas sortir. La mère, trente-sept ans, compta-ble, est plus bavarde et aime beaucoup sortir et avoir de la compagnie.

BIOGRAPHIE.

C'est la deuxième enfant. Il existe un frère aîné, qui est marié depuis quatre ans. Mais la petite malade ne s'entend pas avec sa belle-sœur qui est renfermée et peu sympathique.

L'enfance fut normale. Ce fut une grosse mangeuse, mais elle ne fut jamais obèse.

Sa scolarité est bonne. Elle a le brevet élémentaire, puis commercial.

EXAMEN SOMATIQUE.

Il n'y a pas de signes de dénutrition. La VS et la radio pulmonaire sont normales. La cuti est positive depuis deux mois.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.

C'est une jeune fille frêle, intelligente, suggestible, qui souffre beaucoup de la mésentente familiale.

Elle est revue en juin 1958.

Le poids est stationnaire, l'appétit est médiocre. Il existe un léger retard de règles.

On apprend la rupture d'une aventure sentimentale en mars dernier. C'est un jeune homme qu'elle connaissait depuis deux ans et qui était parti au service militaire. Elle lui écrivait régulièrement. Puis, depuis sa rentrée, il n'a pas donné signe de vie. Cependant, cette liaison toute platonique ne semble pas l'affecter beaucoup.

Elle n'aime pas les enfants; elle a peur de la foule et de tout ce qui est bruyant. Elle a peu d'amis, sinon une « amie de cœur » avec qui elle sort tous les dimanches.

Elle travaille dans une banque de huit heures à dix-huit heures trente, mais elle a peu de relations avec le personnel. Elle mange seule dans une gamelle et craint d'aller à la cantine manger avec les autres qui sont trop bruyants et grossiers.

La nervosité, le sommeil agité avec rêves, les envies de pleurer persistent.

Elle admet qu'elle a encore peur de quitter le milieu familial mais en même temps elle nous dit s'ennuyer à la maison et craindre son père.

OBSERVATION N° 14

Mlle B... Claudine.

Claudine B... est âgée de vingt ans quand elle entre dans le Service du Professeur MICHAUX en novembre 1955 pour une anorexie qui date de trois ans. L'amaigrissement s'est accéléré jusqu'à 29 kg depuis le dernier camp de vacances en Sicile, en avril 1955.

C'est depuis la fin de ses études et depuis son entrée dans sa première place rémunérée de comptable qu'elle a commencé à manger d'une façon très irrégulière. A la cantine de son lieu de travail elle a bon appétit; le soir, elle refuse de manger avec la famille.

Il y aurait eu enfin, il y a trois ans, un flirt à un bal, mais celui-ci aurait été sans lendemain.

L'aménorrhée s'est installée avec un an de retard sur l'anorexie.

ANTÉCÉDENTS.

C'est l'aînée d'une famille de trois sœurs; la famille est d'origine modeste, ouvrière, semble-t-il, et vit une existence assez étriquée.

Les parents sont très rigides dans l'éducation de leurs filles; elles ne peuvent sortir seules; elles n'ont jamais eu de camarades garçons; les sorties dépendent des parents.

On note de nombreuses difficultés dans la première enfance de Claudine; allaitement prolongé jusqu'à quinze mois; sevrage difficile; l'enfant refuse tous les aliments autres que le lait.

Cependant, pas de retard du développement psycho-moteur; elle marche à un an. A trois ans, on s'aperçoit qu'elle a un strabisme qui coïncide d'ailleurs avec la naissance de sa sœur.

A quatre ans, départ du père, qui est successivement mobilisé et prisonnier. Lorsque l'enfant a dix ans, le père revient et à ce moment-là commence une période d'hyperphagie pendant laquelle la malade se lève la nuit pour aller dérober des aliments.

A quinze ans elle subit une série d'interventions pour son strabisme; mais les résultats ne sont pas ceux qu'elle aurait souhaités.

A dix-huit ans elle présente une obésité pubertaire : elle pèse 60 kg pour 1,50 m.

La scolarité est par contre très bonne; elle poursuit, seule de ses sœurs, des études jusqu'au brevet supérieur. Puis elle travaille comme comptable, alors que ses sœurs sont simples ouvrières.

EXAMEN.

C'est une jeune fille de petite taille (1,50 m), renfermée et taciturne.

Elle exprime un sentiment d'infériorité par rapport à ses sœurs cadettes qui sont plus gaies et plus jolies qu'elle. Elle refuse de sortir avec elles, prétextant qu'elle se trouve anormale et trop maigre. Mais, d'autre part, elle trouve que ses sœurs s'intéressent trop exclusivement à la nourriture.

Elle est très attachée à sa mère; elle se sent isolée dans la famille; son père lui semble être lointain et la rejetant.

Au point de vue somatique, elle est d'une maigreur squelettique (29 kg); la tension est basse 9-7; il existe une hypothermie. Les caractères sexuels secondaires sont normaux (développement des seins, toison pubienne). Elle est aménorrhéique. Les examens complémentaires sont normaux : urée à 0,20; numération Hb 78 %, GR 3.920.000, GB 12.000, poly. neutro. 77 %, lympho. 28 %; montre une légère anémie.

EVOLUTION.

L'isolement et la suralimentation font grimper le poids en un mois à 42,5 kg.

Elle sort le 17 décembre avec un bon appétit.

Elle est revue en janvier 1956. Le poids est stationnaire; les règles sont réapparues, mais elle n'est pas sortie de la famille; elle a toujours cette impression d'isolement et de solitude au milieu des siens.

OBSERVATION N° 15

Mlle P... Odette.

C'est une jeune fille de vingt et un ans qui vient accompagnée de sa mère parce qu'elle ne mange plus rien depuis quelques semaines. Cette diminution de l'appétit a commencé il y a environ cinq ans. *Elle était allée l'an dernier à la campagne, dans la Nièvre, pour reprendre du poids. Effectivement, elle se trouva mieux, plus tranquille et regrossit. Mais depuis qu'elle est revenue à Paris, elle a de nouveau tout perdu.*

Par ailleurs, elle ne se sent pas malade, mais elle dort mal et a parfois l'impression d'une boule épigastrique qui monte et vient lui boucher la gorge. Elle ne vomit pas. Elle aménorrhéique depuis l'âge de seize ans, date à laquelle elle a commencé à éprouver du dégoût alimentaire et qui coïncide avec une rupture de fiançailles.

ANTÉCÉDENTS.

Le père est excessivement violent et emporté; il est traité par le Docteur GALLOT pour éthylisme. La mère est autoritaire et énergique. La jeune malade est fille unique.

Son enfance a été normale. Elle a eu les maladies enfantines banales. On note une hypoacousie gauche dont on ne connaît pas l'origine.

Elle a été réglée normalement à douze ans. Sa scolarité a été normale. Elle a eu le C.E.P. Elle travaille actuellement dans une banque.

EXAMEN CLINIQUE.

C'est une jeune fille frêle pesant 37 kg pour 1,52 m à son hospitalisation en février 1958.

La pilosité est normale, féminine. Elle est aménorrhéique, sans bouffées de chaleur, mais elle se plaint de sueurs froides fréquentes. On note une acrocyanose des mains et des pieds.

L'examen neurologique est normal, sinon de petits mouvements nystagmiques dans le regard latéral.

Les examens complémentaires sont normaux : urée 0,25 g %; glycémie 0,82 g %.

L'EEG donne un tracé normal. Le champ visuel et le FO sont normaux. Les résultats de l'audiogramme ne nous sont pas parvenus.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE.

Au début, il y a une réticence. La jeune malade affirme qu'il n'y a pas de conflit dans sa famille et que les chagrins d'amour qu'elle a pu avoir n'ont pas eu d'énormes proportions.

Par contre, un choc amphétaminique permet de faire ressortir plusieurs conflits.

Au point de vue sentimental, on note l'importance d'un premier amour à l'âge de douze ans. La jeune malade a aimé jusqu'à l'âge de seize ans ce garçon qui s'est peu à peu séparé d'elle. Elle s'était toujours promis de ne pas le quitter, de se « laisser lentement sombrer » plutôt que de « vivre sans lui ». C'est à ce moment-là qu'ont débuté les troubles. Elle est restée ainsi sans goût pour rien puisqu'il n'était pas là pour tout valoriser.

Elle a été fiancée à dix-neuf ans avec un deuxième garçon qui lui a été imposé par ses parents. Mais elle ne l'aimait pas. Il était trop violent et les fiançailles furent rompues l'an dernier.

Actuellement, elle est fiancée officiellement avec André. Elle doit se marier vers le mois d'octobre. Mais elle a peur du mariage. Elle ne se sent pas comme les autres. Un médecin lui aurait dit qu'elle était « rétrécie » et qu'il voulait l'examiner avant son mariage.

Un deuxième problème la préoccupe beaucoup : c'est sa surdité. Et elle majore cette hypoacousie de façon extrême. Elle se sent inférieure aux autres. Elle se fait ainsi toujours accompagner de sa mère lorsqu'elle sort pour que celle-ci lui répète la conversation, et elle nous dit : « Je crois que je serais sauvée si j'entendais bien ». En fait, le couple mère-fille est très important.

Le troisième problème qui la préoccupe c'est la mésentente entre ses parents. Elle a une peur extrême de son père qui s'emporte violemment quand il a bu.

Un Wechsler-Bellevue donne un niveau intellectuel bon, avec QI verbal 112, QI performance 96, QI global 105. Le contact est excellent à l'examen. Elle s'est montrée participante, souriante par moment et s'efforçant toujours de beaucoup de bonne volonté. Il y a un handicap dans la formulation qui se heurte à un vocabulaire hésitant et assez pauvre.

Un Rorschach, par contre, donne un protocole très évocateur de schizophrénie avec anxiété et angoisse importante, préoccupations de santé, contact précaire.

EVOLUTION.

L'hospitalisation de fin février au 15 mars 1958, deux perfusions de Viadryl la rendent plus détendue et beaucoup moins anxieuse.

À la sortie, c'est une malade en bon état physique avec un poids de 45 kg, mais elle reste aménorrhéique et schizoïde.

Elle est revue en juin 1958.

L'appétit est toujours capricieux et le poids à 43 kg. La constipation est opiniâtre. L'aménorrhée persiste.

Elle est toujours très attachée à sa mère. Cependant, en aparté, elle critique un peu l'atmosphère familiale qui est pénible, surtout au moment des repas où toute l'attention est cristallisée sur ce qu'elle mange. Elle mangerait plus facilement quand elle est seule avec son fiancé. Elle envisage le mariage de façon plus adulte cependant. Elle a recommencé à travailler.

OBSERVATION N° 16

Mlle H... Anne-Marie.

Anne-Marie H... est âgée de vingt et un ans quand elle entre dans le Service du Professeur MICHAUX le 15 mai 1957 pour une anorexie qui aurait débuté ainsi que l'aménorrhée en janvier 1957.

Elle est, à ce moment-là, fille de salle dans un hôpital où elle est en butte aux plaisanteries grossières des infirmiers. Elle ne peut pas manger au réfectoire de l'hôpital à midi par manque d'appétit. Le soir, elle dîne avec sa mère, elle mangerait mieux, mais elle vomit souvent. Les vomissements se produisent moins fréquemment à midi.

ANTÉCÉDENTS.

C'est une fille naturelle; elle n'a pas connu son père. Elle fut mise en nourrice jusqu'à sept ans. Elle eut ainsi plusieurs nourrices du côté de Bayonne. Elle ne voyait pas sa mère qui lui écrivait. Celle-ci travaillait à Paris comme bonne à tout faire.

A sept ans elle est envoyée en Bretagne, chez une sœur de sa mère, mariée sans enfant. Elle fut élevée durement et solitairement. Sa mère ne la voyait que pendant les vacances.

A un deuxième interrogatoire privé, Anne-Marie dit avoir beaucoup souffert des ragots de sa tante sur la situation de sa mère, de la vie stricte organisée par son oncle autour d'elle : défense de sortir seule, d'avoir des amis.

A treize ans elle est réglée et mise au courant de la sexualité par sa tante qui la décrit comme une « chose honteuse et méprisable » et qui lui rappelle à nouveau la situation de sa mère.

A signaler que la tante était une vomisseuse et qu'elle se plaignait de troubles d'appétit.

A quatorze ans elle a le certificat d'études et essaye d'avoir le brevet.

Elle est opérée de l'appendicite à ce moment-là.

Elle décide ensuite d'entrer à l'A P comme infirmière et à cet effet vient en octobre 1956 à Paris pour passer le concours des bleues. Elle est recalée et essaye d'entrer par la petite porte : fille de salle. Des cours du soir lui permettront de réaliser son rêve.

Elle revient donc à Paris en janvier 1957, subit les vaccinations d'usage et entre à Necker, d'abord comme femme de ménage, puis comme fille de salle. C'est de là que débute vraiment son anorexie et surtout les vomissements (mars 1957). Depuis son arrivée à Paris elle se sentait fatiguée et n'avait pas ses règles.

EXAMEN.

C'est une fille longiligne au faciès ingrat, pesant 42 kg.

Elle est émotive, légèrement psychasténique; vérifiant fréquemment le gaz, regardant sous les lits avant de se coucher.

Sa mère la trouve susceptible et renfermée. Elle ne sort pas, prétextant son état de santé. Elle reste chez sa mère, dans la chambre de laquelle elle habite.

En aparté, elle insiste sur ses difficultés d'adaptation à la vie de fille de salle et sur le problème sexuel qui l'inquiète beaucoup. Les réflexions de sa tante lui sont plus ou moins présentes à la mémoire. Elle se plaint également de son oncle qui la surveillait beaucoup. A d'autres moments, elle semble regretter la Bretagne, quoique sa mère soit très compréhensive.

Il ne semble pas qu'il y ait d'histoire sentimentale. Elle a, par contre, dans le service une attitude assez provocante vis-à-vis des personnes du sexe masculin.

Le niveau intellectuel est bon (CEP, cours ménager et de puériculture).

Le test de Rorschach donne : une adaptation sociale extrêmement médiocre; il se dégage de l'ensemble une impression d'insécurité, de trouble. De nombreuses réponses « eau » seraient, par les psychanalystes, reliées à l'image maternelle. Affectivité très infantile; la malade parle plusieurs fois de la Bretagne qu'elle semble regretter. Protocole névrotique.

L'examen physique est négatif : poumons normaux; sérologie négative; urée à 0,30 g %; glycémie à 0,32 g %.

EVOLUTION.

Sous l'influence de l'isolement elle reprend du poids; l'appétit s'améliore; les vomissements disparaissent; les règles reviennent pendant son hospitalisation. Elle sort le 13 août 1957, à 54 kg, pour une maison de convalescence à Bayonne.

Elle nous écrit en juin 1958 et nous apprenons que son poids n'a pas augmenté : 42 kg; que son appétit se maintient grâce à des piqûres (20 intra-veineuses de calcium et 20 intramusculaires de vitamine B1 et B12; que ses règles sont toujours irrégulières. Elle travaille cependant et dit se porter assez bien.

OBSERVATION N° 17

Mlle C... Colette.

Colette C... était âgée de vingt-trois ans quand elle fut hospitalisée en 1952 dans le Service du Docteur SIGWALD pour une anorexie dont le début assez lointain remontait à 1947.

ANTÉCÉDENTS.

Fille de concierge, elle a un frère plus jeune qu'elle.

Son enfance a été normale. D'après le frère, on la trouvait cependant assez renfermée, scrupuleuse et méticuleuse.

Elle fut une élève brillante, toujours première en classe.

Réglée à quinze ans, elle fut traitée à la même époque pour un syndrome de Raynaud. A dix-huit ans commence cette anorexie, sans cause psychologique apparente, disent les parents; le frère, dans une autre entrevue, dit avoir soupçonné à cette époque une histoire sentimentale.

HISTOIRE DE LA MALADIE.

La perte d'appétit entraîne donc un amaigrissement rapide de 25 kg en même temps que s'installe l'aménorrhée. Un séjour de trois mois en altitude lui fait reprendre du poids; ses règles réapparaissent.

Elle travaille ensuite comme vendeuse.

En 1950, reprise de l'anorexie avec nervosité, insomnie. Elle est suivie par le Docteur RACAMIER en traitement psychothérapique jusqu'en mai 1951. On constate une reprise d'appétit et une réapparition des règles. Elle sort avec des camarades et recommence à travailler.

En juin 1951, elle rechute : l'anorexie reprend avec insomnie, idées dépressives et peur qu'on ne soit pas content de son travail. Elle est hospitalisée dans une clinique jusqu'en août 1951, date à laquelle elle sort, améliorée.

En décembre 1952 elle rechute de nouveau et est hospitalisée dans le Service du Docteur SIGWALD.

EXAMEN.

L'état dépressif est plus important que la première fois. Colette est triste, préoccupée; elle a peur de l'avenir; elle a peur d'avoir à prendre des décisions. Elle ne veut pas envisager sa vie ultérieure, la possibilité de retravailler.

EVOLUTION.

L'isolement lui fait reprendre 7 kg rapidement. Mais devant l'état dépressif persistant, on la met au Largactil, à petites doses, ainsi qu'au Gardénal à doses filées (trois comprimés de chaque par jour). On note rapidement un aspect d'agitation hypomaniaque.

On supprime le Largactil et on passe au Phénergan (n° 3 par jour).

Il y a une détente complète, mais réapparaissent les idées noires; cependant le sommeil est relativement bon; elle peut lire; elle se sent à peu près bien.

En mars 1953 l'appétit est médiocre, et surtout l'état dépressif ne cède pas : elle a l'impression qu'elle ne peut pas vivre, qu'elle ne peut pas diriger sa vie.

Brunement, tentative de suicide avec le Phénergan et le Sonéryl qu'on lui donnait à petites doses et qu'elle stockait.

Le certificat de placement en avril est le suivant :

Syndrome d'anorexie mentale évoluant depuis trois ans; état dépressif atypique avec sensations de barrage, de vide. Eléments dissociatifs discrets; vagues idées d'influence, de persécution; elle est suivie par des hommes dans la rue. Critique partielle de ses sensations. Syndrome d'automatisme mental fugitif discret, actuellement disparu. Le fond mental semble absolument conservé; possibilité d'un excellent contact.

Colette est dirigée sur le Service du Docteur LE GUILLANT à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif et le certificat de quinzaine note : « Etat dépressif atypique avec éléments psychasthéniques; sentiment d'hostilité de l'entourage, d'incapacité d'insertion, de vide. Repliement, découragement, rumination triste, phénomènes obsédants. » On lui fait successivement une cure de sommeil, puis une cure de Sackel devant l'échec du sommeil.

Des tentatives de permission de courte durée sont ensuite envisagées et essayées; les résultats sont médiocres; elle ne mange pas, elle appréhende de sortir seule dans la rue.

La sortie est envisagée, étant donné que les parents veulent l'emmener en province lointaine (Pyrénées); le certificat note l'état stationnaire de la malade.

OBSERVATION N° 18

Mlle D... Marie-Josée.

C'est une jeune fille, âgée de vingt-quatre ans, qui entre dans le Service Henri-Rousselle en mars 1958 pour des périodes d'anorexie alternant avec des périodes de boulimie et s'accompagnant d'aménorrhée.

Le début remonte à 1955, à la suite d'une déception sentimentale. En effet, il y eut une rupture de fiançailles qui duraient depuis quatre ans. A cette époque, d'après les parents, elle fut très perturbée par l'abandon de son fiancé, s'est renfermée sur elle-même et s'est abrutie de travail. Elle commença à moins manger et descend progressivement à 40 kg. Elle est traitée alors en 1956 à la Clinique du Docteur MAILLARD. Elle regrossit, mais, dès sa sortie, elle maigrit à nouveau. Elle est aménorrhéique depuis deux ans.

Depuis 1956, elle passe donc par des périodes d'anorexie où elle se sent légère, heureuse et jolie. Son idéal de poids est 43 kg. C'est à ce moment-là qu'elle se sent le mieux. Mais cet état ne dure pas longtemps car elle présente alors des crises de fringale où elle ne peut se retenir de manger. Une période de boulimie s'ensuit où elle mange n'importe quoi, même ce qu'elle n'aime pas. Des sentiments dépressifs accompagnent cette période boulimique. Elle se reproche d'avoir mangé. Elle se trouve laide, affreuse, difforme. Elle ne veut plus sortir, elle ne se farde plus, elle ne se regarde plus dans la glace. Elle ne peut plus rien faire. Ces phases dépressives s'accompagnent d'insomnie et d'idées de suicide avec une tentative, en novembre 1957, par coupure des veines du poignet. A cette phase dépressive succède une nouvelle phase d'ascétisme et de renonciation alimentaire pour atteindre à nouveau le poids idéal de 43 kg.

ANTÉCÉDENTS.

Le père est représentant de commerce, affectueux. La mère, fluette et de petite taille, semble avoir préféré la fille aînée qui lui ressemble.

La malade est la deuxième de trois enfants: elle a une sœur aînée de vingt-six ans, mariée et mère de deux enfants, et un frère plus jeune de dix-sept ans.

Il ne semble pas y avoir d'antécédents psychiatriques dans la famille.

L'enfance de cette malade a été normale. On note qu'elle a été allaitée jusqu'à neuf mois et sa mère a eu des difficultés pour lui donner un allaitement mixte. Elle faisait la grimace et refusait les biberons. Elle ne consentait à les prendre que si on avait la ruse de les cacher dans la blouse.

Ensuite, elle a toujours été plus grosse que sa sœur. C'était une grosse petite fille. Et la malade nous dit avoir beaucoup souffert de n'être pas aussi fine que sa sœur aînée et sa mère.

Elle a eu les maladies banales de l'enfance (rougeole, otites, scarlatine). Elle fut réglée à douze ans.

Au point de vue scolarité, elle fut toujours une brillante élève avec des prix d'excellence partout et une conduite excellente. Elle eut successivement le CEP puis ses deux baccalauréats. Elle est institutrice actuellement.

Depuis deux ans environ elle s'occupe d'enfants de six à quatorze ans. Elle vit dans une chambre indépendante. Elle s'entend bien avec ses parents qu'elle voit presque quotidiennement. Elle a cependant arrêté son travail depuis février 1958 car, ces temps derniers, elle était trop déprimée et fatiguée.

EXAMEN.

C'est une jeune fille gracile, fluette, bien habillée, mais maigre et pesant le « poids idéal » de 43 kg quand nous la voyons au début de son hospitalisation.

Elle nous dit s'intéresser beaucoup à la musique (Bach, Beethoven, Mozart) et à la lecture. Elle est attirée par tout ce qui est fin et délicat : les bibelots, les miniatures, les fleurs fines, discrètes, les peintures impressionnistes. On note cependant quelques tendances obsessionnelles, une méticulosité extrême. Elle aime tout ce qui est immaculé, propre, net. Elle ne peut supporter une tache sur elle. Elle se lave fréquemment les mains et a une tendance à tout vérifier.

Son écriture est très fine, espacée et ordonnée. Elle est actuellement fiancée à un vieux camarade d'enfance qui lui écrit des lettres « très maternelles ». Elle le considère comme très gentil, mais elle lui est beaucoup moins attachée qu'au premier auquel elle pense encore souvent.

Elle nous dit s'entendre bien avec ses parents. Mais on note une rivalité vis-à-vis de la sœur aînée dans l'affection de la mère. Elle les a toujours enviées d'être minces, tandis qu'elle était plus boulotte et préférée par son père.

Ses parents la considèrent comme timide et réservée, sortant peu et ayant peu d'amies.

Nous revoyons la malade au cours de son hospitalisation au moment où elle atteint 50 kg.

Nous remarquons alors qu'elle ne fait plus attention à sa toilette. Elle a le visage très soufflé. Elle est mal coiffée. Elle est triste et l'anxiété est très vive par intervalles.

Elle est vue par le Docteur MALE qui fait remarquer que c'est une anorexique mentale grave, d'un type spécial prépsychotique à idée prévalente obsessionnelle presque délirante. Les troubles d'identification à l'image maternelle sont importants avec perturbation de l'image de soi et refus des formes féminines. Les défenses obsessionnelles qui s'exerçaient principalement dans le travail scolaire ont lâché brusquement devant l'échec des problèmes instinctivo-sentimentaux. L'anxiété et la tristesse sont authentiques.

Le pronostic est réservé. La relation psychothérapique peut être difficile à établir.

EVOLUTION.

Pendant l'hospitalisation les examens complémentaires se sont révélés normaux : 17 céstéroïdes 2,4 mg/24 heures, 11 oxystéroïdes 1,65/24 heures pour un volume urinaire de 1,100 litre. Numération normale. Urée 0,35. Radios du crâne N. M B montrant une augmentation de 4,7 %.

Elle sort au bout d'un mois et demi après une cure de Largactil de 300 mg par jour, avec un poids de 55 kg.

Elle est actuellement dans une maison de convalescence et suit un traitement psychothérapique avec le Docteur REVAULT D'ALLONES. Son état mental semble s'améliorer aux dernières nouvelles.

OBSERVATION N° 19

Mlle P... Michèle.

Michèle P... est âgée de vingt-huit ans, étudiante en médecine, est hospitalisée en juin 1955 dans le Service Clérambault du Service du Professeur MICHAUX pour une anorexie qui date environ de Noël 1954.

A cette date elle sortait d'une pneumonie qui lui avait fait rater un poste de médecin bien rémunéré. Elle est obligée alors de reprendre sa vie fatigante de remplacements, d'aides opératoires et de gardes d'accouchement. Pour faire face à ce travail, elle prend régulièrement 2 Maxitons par jour, du café; elle fume toute la journée; elle ne peut manger que très irrégulièrement sans heures fixes; la plupart du temps elle se contente de boire quelque chose de chaud et de sucer des bonbons. Elle présente ainsi un amaigrissement progressif jusqu'à 38 kg, qui la décide à se faire hospitaliser.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

C'est une fille unique qui s'est révoltée rapidement contre ses parents.

Elle nous décrit ceux-ci de la façon suivante : le père est militaire de carrière, et de caractère très autoritaire. Elle a de l'admiration pour lui mais ne s'est jamais entendue avec lui; il aurait voulu que sa fille fasse des lettres et qu'elle se marie soit avec un officier de carrière, soit avec un professeur de lettres qu'il connaissait.

Sa mère, une femme « charmante et exquise » à laquelle elle ressemblerait beaucoup physiquement, mais qui était de caractère invivable.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Elle aurait été toujours bien portante dans son enfance.

Elle est réglée à douze ans.

Elle passe successivement ses deux baccalauréats d'une façon brillante. Puis elle vient à Paris faire sa Médecine, sans ressources et ne voulant rien demander à sa famille, elle s'installe dans une chambre d'étudiant et se met en ménage avec un étudiant. Ils vivent sept ans ensemble et travaillent.

En 1952, elle subit une série de catastrophes : la mort de son ami en Tunisie en service commandé. Il semble que le père ait joué un rôle dans cette mort en

favorisant la mutation de ce gendre indésirable, d'abord en Allemagne, puis en Tunisie.

Pui elle subit une intervention pour une tumeur à myeloplaxes du maxillaire inférieur pendant laquelle elle se nourrit difficilement.

Enfin, elle a de nombreuses difficultés financières ce qui nécessite un travail fatigant de gardes et de remplacements outre le travail intellectuel de sa thèse qu'elle réussit à passer en 1954.

Cet état de surmenage est donc bien supporté jusqu'à Noël 1954, mais ensuite il y a une décompensation qui l'oblige à se faire hospitaliser en juin 1955.

EXAMEN SOMATIQUE.

A son entrée, elle présente un amaigrissement important avec fonte musculaire (38.300 kg). L'aménorrhée est complète et remonte à six ans sans que la malade puisse fournir d'explication sur son origine.

L'examen somatique est négatif sinon TA à 9-6, hypothermie, pouls à 80.

Les examens complémentaires montrent : folliculine à 2 g, phénol-stéroïdes 53 g pour un volume urinaire de 1,600 litre en 24 heures; numération avec Hb 75 ‰, G R 3.870.000, G B 9.000, poly. neutro. 75, lympho. 2. mono. 2,23 %; urée à 0,30 g ‰; glycémie 0,80 g ‰; V G 0,97; graphie pulmonaire normale.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE.

C'est une malade calme, répondant volontiers aux questions.

Il n'y a aucun trouble de jugement, aucune excitation. Cependant, on note une légère tendance à la fabulation, voire à la mythomanie; en effet, elle est très proluxe sur sa vocation médicale. Il paraîtrait que, dès la plus tendre enfance elle aurait désiré faire de la médecine; dès l'âge de trois ans elle allait voir ce qui se passait dans la salle d'opération. A douze ans elle aurait fait une première aide opératoire pour appendicite; à quatorze ans elle aurait fait des autopsies. Ces souvenirs, d'autre part, évoquent une curiosité sexuelle morbide, voire des tendances sadiques.

L'intelligence est vive. On retrouve la mésentente avec le père.

EVOLUTION.

Avec l'isolement et la suralimentation elle prend du poids rapidement et sort en juin 1955 à 46.500 kg.

Elle est revue en janvier 1956 : elle pèse 50 kg, mais elle est toujours aménorrhéique, insomniaque. Elle végète, vivote dans le Maine-et-Loire.

OBSERVATION N° 20

Mme Ch... Renée.

Renée Ch... est âgée de vingt-sept ans et est hospitalisée en janvier 1955 pour un syndrome anorexique qui remonte à plusieurs années.

Dès l'âge de dix-huit ans, peu de temps après le début de travail dans un atelier de confection, elle commence à maigrir et passe de 59 kg à 45 kg sans qu'on note nettement de perte d'appétit.

Elle accuse à ce moment-là une grande asthénie, des courbatures, des céphalées pariétales et occipitales au moindre excès de travail.

Elle se marie à vingt-trois ans, mais elle continue à maigrir et à être fatiguée; elle devient irritable, a des crises de larmes et de tremblement; elle arrête, de ce fait, son travail à vingt-quatre ans. A vingt-cinq ans elle tombe enceinte et, pendant toute la durée de la grossesse, elle va mieux, se sent moins fatiguée, plus active, les tremblements sont moins fréquents.

Après l'accouchement elle pèse 48 kg, mais rapidement elle se remet à maigrir, et à ne plus avoir d'appétit.

ANTÉCÉDENTS.

C'est une fille unique très gâtée par ses parents qui tremblaient pour sa santé.

Elle est réglée à treize ans.

Elle va en classe jusqu'à quatorze ans, mais n'obtient pas son CEP; elle fait ensuite deux ans d'apprentissage de couture avant d'entrer dans un atelier de confection.

A quinze ans on note un épisode dépressif avec quelques idées délirantes : elle pensait qu'elle n'était pas comme les autres; dans la rue tout le monde la regardait de façon bizarre.

EXAMEN SOMATIQUE.

On note le poids de 44 kg pour 1,55 m; elle n'est plus réglée; le morphotype de Decourt et Doumic révèle une morphologie de schizoïde.

Les examens complémentaires sont sensiblement normaux : urée à 0,30; glycémie à 0,78 ‰; rapport cholestérol total et estérifié 0,68; protides totaux 75 g ‰ avec un rapport S/G = 1,1; lipides totaux à 8 g ‰ avec augmentation des globulines.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE.

Fond schizoïde de repliement sur elle-même sur lequel se greffent de multiples troubles somatiques tels que céphalées, palpitations, vertiges, etc...

Très timide, elle n'osait pas parler avec ses camarades d'atelier, n'a pas d'amies, sort très peu, est très renfermée.

Elle serait gâtée par son mari qui lui passerait tous ses caprices. Mais elle se sent crispée et tendue la plupart du temps. Elle s'agite fébrilement par moment sans savoir pourquoi. A d'autres moments elle a des impulsions à « taper sur son mari, à tuer sa fille ». Elle s'ennuie. Elle se plaint d'insomnies et de cauchemars.

EVOLUTION.

L'isolement et la suralimentation la font passer à 50 kg en un mois. Elle sort en bon état général le 30 mars 1955.

OBSERVATION N° 21

Mme G... Solange.

Solange G... est âgée de vingt-huit ans et est hospitalisée dans la Maison de Santé du Docteur BRISSET en juin 1957 pour une anorexie avec aménorrhée et amaigrissement à 36 kg pour une taille de 1,70 m environ.

Cette anorexie mentale a débuté en Amérique où son mari l'avait emmenée.

Elle s'était mariée en effet avec un Américain venu en touriste en France, il y a deux ans. Elle repart avec lui six mois après son mariage et déjà fatiguée par les préparatifs de départ. Un mois après son arrivée à New York elle attrape la dysenterie avec état nauséux permanent de diarrhées abondantes.

Trois mois plus tard, elle est enceinte, mais fait bientôt une FC spontanée par suite de la vie trépidante menée par son mari. Elle nous le décrit comme le type du businessman autoritaire, très actif, menant une double vie : homme d'affaires à New York et tenant un ranch en Arizona. Il était très dur pour lui-même et les siens; il avait été une première fois marié avec une femme fragile et toujours malade. Il pensait trouver en Solange une femme sportive et fut vite exaspéré de la voir souffrante.

D'autre part, elle s'est adaptée difficilement à la vie américaine; il y eut de petits heurts sans fin dans la vie ménagère : le mari voulant décider tout par lui-même.

Solange est devenue de plus en plus nerveuse, indécise, doutant d'elle-même, n'osant plus rien faire en face de son mari, par peur de réprimandes. Elle est enfin dégoûtée de la cuisine américaine et perd progressivement l'appétit. Son poids tombe à 36 kg.

Elle est hospitalisée dans plusieurs hôpitaux américains où les examens somatiques sont négatifs et où le diagnostic d'anorexie mentale est posé. Cependant, malgré la suralimentation, la reprise de poids est mauvaise, chaque visite du mari entraînant une rechute.

Elle se décide bientôt à divorcer et à rentrer en France.

Cependant, de retour dans sa famille, l'anorexie persiste; l'amaigrissement est moindre, mais il y a une rechute chaque fois qu'elle entreprend de refaire sa vie en dehors de sa famille.

Elle est successivement hospitalisée à Broussais puis chez le Docteur BRISSET.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Solange est la cinquième d'une famille de six enfants qui ont été tous plus ou moins tuberculeux, sauf elle. Son père est très autoritaire et administrait facilement des fessées. Il est mort lorsqu'elle avait onze ans. La vie fut plus difficile après; c'étaient de petits bourgeois, et les enfants furent obligés de travailler pour aider leur mère. Elle se considère comme la révoltée de la famille et ne pouvait supporter d'obéir à sa mère qui était plutôt effacée.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Son enfance fut normale. On ne note pas de troubles du développement psycho-moteur.

Elle fut toujours plus nerveuse et plus indépendante que ses frères et sœurs.

Elle fit des études brillantes : baccalauréat, puis licence d'anglais.

A quatorze ans elle est réglée et fait ensuite une petite obésité pubertaire ; à seize ans, elle pesait 60 kg pour 1,73 m.

A dix-huit ans, elle a une aventure sentimentale pendant laquelle elle abandonne sa famille, suit son ami à Marseille, y fait différents métiers : réceptionniste dans une agence, hôtesse dans une hôtellerie.

A vingt et un ans elle revient dans sa famille et se met à faire de la photo artistique pour gagner sa vie. Elle rencontre pendant les vacances suivantes cet Américain dont elle s'éprend.

EXAMEN.

C'est une grande jeune femme, dans un déshabillé coquet, mais encore très maigre quand nous la voyons. Elle a meilleur appétit et commence à faire des projets d'avenir. Son intelligence est brillante ; elle nous raconte avec brio et d'une façon spirituelle sa vie. Assez contente d'elle-même, elle souligne qu'elle était considérée comme une fille originale à la Faculté, s'occupant de surréalisme. Ses photos artistiques étaient primées par son patron pour leur finesse et leur bonne mise en page.

Il nous semble qu'elle se valorise d'une façon un peu mythomaniaque.

Elle trouve d'autre part ses frères et sœurs trop dociles de tout temps vis-à-vis de leurs parents. Elle critique l'autorité de son père mais l'admirait. Son mari nous semble avoir été une figure paternelle.

Elle nous parle peu de sa mère sinon pour nous dire qu'elle était écrasée par les soucis d'argent depuis la mort du père. Elle supportait mal son autorité.

OBSERVATION N° 22

Mme T... Françoise.

Françoise T..., âgée de vingt-neuf ans, entre dans le Service du Docteur RONDEPIERRE en juillet 1949. anorexique, aménorrhéique, pesant 46 kg.

Cette anorexie a débuté peu de temps avant le mariage ; rétrocede pendant une grossesse pour reprendre dès l'accouchement de l'enfant.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Elle est la deuxième d'une famille de trois enfants ; son père est contremaître dans une usine de tissage et est décédé depuis quatre mois ; sa mère reste à la maison et fut de tout temps une grande migraineuse ; sa sœur aînée est mariée et a deux enfants ; son frère plus jeune est bien portant.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

L'enfance de la malade semble avoir été normale sans incidents physiques. Elle fut très heureuse, jeune fille chez ses parents. Ses études furent faciles; elle a rapidement le certificat d'études, puis travaille avec son père à l'usine de tissage.

Après un flirt décevant avec un premier jeune homme, son mari actuel, qui la connaissait en tant que camarade d'enfance, la demande en mariage.

Elle se marie à vingt-cinq ans.

Le mariage fut consommé avec plaisir physique dès les premiers rapports. Cependant, huit jours après son mariage, elle a des envies fréquentes d'uriner; elle n'ose pas en parler à son mari ni voir le médecin. Cela passe en quinze jours.

Un mois après le mariage elle a des pertes blanches; elle ne sait pas se faire d'injections; son mari est obligé de les lui faire et cela la gêne beaucoup.

Les règles deviennent irrégulières et douloureuses.

Elle n'a plus faim et commence à maigrir.

Cependant elle devient enceinte et pendant sa grossesse elle se porte bien et reprend son appétit normal.

Dès l'accouchement, elle reperd l'appétit; elle a une sensation de boule œsophagienne; les aliments ne passent pas.

La malade dit au premier interrogatoire qu'elle a également des ennuis avec sa belle-famille : on ne lui dit rien à elle, mais on se plaint aux voisins, à sa propre famille et cela lui revient ainsi.

Son mari, qui est assez renfermé, peu démonstratif, dit-elle, va souvent voir sa famille avec l'enfant; les seules discussions qu'ils ont eu ensemble (une par semaine) se rapportent à la belle-famille.

Une première hospitalisation de cinq jours à l'Hôtel-Dieu ne fait qu'augmenter l'amaigrissement. Elle ne supportait pas les gavages. Elle rentre chez elle : il y a une légère amélioration qui cesse avec la mort brutale de son père. Après une consultation chez le Professeur MICHAUX elle est hospitalisée à Neuilly-sur-Marne.

EXAMEN.

Quelques narco-analyses permettent de préciser ses relations avec son mari et sa belle-famille. Elle connaît son mari depuis son enfance. Ils sont fiancés quelque temps avant la guerre de 1939. Il lui écrit des lettres très tendres pendant toute la durée de la guerre et de la captivité. Depuis le mariage, il ne lui parle pas beaucoup. Il n'est pas affectueux; ne l'embrasse pas; ne lui dit pas des mots tendres et cependant elle a du plaisir aux rapports sexuels. Mais il la prend sans rien dire. Elle le prie quelquefois d'avoir des attentions qui font plaisir; il répond : « Je n'ai rien à te dire, je t'aime bien, c'est tout ».

Après sa grossesse, elle a découvert, cachée sous le compteur à gaz, une photo de femme; elle a beaucoup souffert sans oser en parler à son mari. Au bout de quelques temps elle lui a demandé des explications. Il a répondu que c'était une Allemande qu'il avait connue lorsqu'on l'avait libéré; mais qu'il ne l'avait pas aimée et qu'elle n'avait rien à craindre. Cependant elle a remarqué qu'il avait gardé une autre photo de cette femme sur lui et elle n'avait jamais osé lui en

reparler de nouveau. Actuellement elle habite chez elle, mais à vingt mètres de ses beaux-parents. Déjà, au début de son mariage, quand elle habitait chez eux, elle ne pouvait pas supporter la belle-mère qui lui reprochait tout ce qu'elle mangeait, si bien qu'elle n'osait plus se servir à table et ne reprenait aucun plat même lorsqu'elle avait faim.

Sa belle-sœur a le même caractère que la mère; son beau-frère aurait voulu coucher avec elle. Elle n'osait rien dire de tout cela à son mari. Quand celui-ci est de repos, il prend la petite avec lui et va voir ses parents. Cela la chagrine, et maintenant elle a peur que sa fille, qui est actuellement chez sa mère, aille chez ses beaux-parents : « Je ne veux pas qu'ils la touchent; je ne veux pas qu'ils l'embrassent. »

Les examens complémentaires montrent un état général normal : glycémie 1,10 %; urée 0,25; examen ophtalmologique négatif.

EVOLUTION.

Elle prend quelques kilos sous l'influence de l'isolement, mais son mari la reprend contre avis médical après quinze jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 23

Mme C... Marguerite.

Marguerite C..., âgée de trente-trois ans, entre dans le Service en février 1957 pour une anorexie et un amaigrissement de 22 kg qui ont commencé il y a environ quatre mois.

Elle vit avec un ami Nord-Africain depuis deux ans; celui-ci est âgé de vingt-cinq ans, maçon de profession, nerveux, mais bon père et bon époux. La malade l'aime beaucoup; elle en est très jalouse, surtout que depuis quatre mois elle a des soupçons sur sa fidélité, ce qui occasionne des scènes de ménage.

D'autre part, la malade a changé de travail, il y a trois mois. Ouvrière dans une usine de caoutchouc et trouvant le travail trop fatigant, elle l'échange contre un travail de monteuse en pantoufles, travail qui est plus minutieux et ne lui plaît pas.

Enfin, elle ne voit pas ses enfants qui sont en nourrice et cette situation l'affecte beaucoup.

Le dégoût alimentaire et l'aménorrhée ont commencé en même temps il y a environ trois à quatre mois.

ANTÉCÉDENTS.

Ses parents étaient de petits ouvriers ruraux dans le Nord de la France. Elle avait deux autres sœurs plus jeunes. Elle ne semble s'être jamais bien entendue avec sa mère qui la battait fréquemment.

Elle suit l'école jusqu'au certificat, mais ne le passe pas à cause d'une insuffisance de scolarité. Elle faisait souvent l'école buissonnière et partait dans la campagne aider dans les fermes.

A quatorze ans et demi elle part chez des amis à la campagne pour ne plus voir sa mère. Elle vient rendre visite à son père en cachette.

A seize ans, elle voit ses parents et ses sœurs mourir devant ses yeux au cours des bombardements de 1940. Elle se marie alors avec un paysan qu'elle n'aime pas pour ne pas rester toute seule. Elle vit huit jours avec lui, puis il est emmené par les Allemands et bientôt porté disparu. Elle fait un petit épisode dépressif; mais elle est obligée de travailler pour élever le fils de cette union passagère et terminée tragiquement. Elle oublie son chagrin. Elle travaille donc dans une ferme. Elle a bon appétit et pèse jusqu'à 80 kg pour 1,53 m. Le médecin de la région la trouve trop grosse pour sa taille, mais elle ne fait rien pour maigrir.

En 1944, on la retrouve à Paris, vivant avec un ami Nord-Africain qui tient un café. Elle reste avec lui quatre ans, jusqu'à sa mort. Elle a de lui cinq enfants dont deux seulement sont survivants actuellement. A la mort de son ami, elle fait un nouvel épisode dépressif moins important qu'à la mort de son premier mari.

Elle se place ensuite comme bonne à tout faire jusqu'à ce qu'elle se mette en ménage avec ce deuxième Nord-Africain qu'elle aime plus que les deux premiers, dit-elle.

EXAMEN.

C'est une jeune femme blonde, longiligne, pesant 42 kg pour 1,53 m.

L'anorexie est presque complète; elle ne mange plus que quelques tartines; elle signale des nausées fréquentes accompagnées de vomissements difficiles.

Il existe en outre de la constipation, des céphalées, de l'insomnie avec cauchemars.

L'aménorrhée date de trois mois; il y avait auparavant une oligoménorrhée depuis 1948 où elle subit une ovariectomie droite.

Les examens complémentaires sont les suivants : glycémie à 0,82; cholestérol à 2,70 g; phosphore sanguin à 37 mg; dans les urines les 17 cétostéroïdes sont à 6 mg %, 13,5 mg par 24 heures. Les 11 oxystéroïdes à 24 mg % et 5,3 mg par 24 heures.

Le psychisme est peu perturbé; on note quelques idées dépressives; son travail l'ennuie, et surtout, son ami la trompe, pense-t-elle. Habituellement, il existe un fond dépressif léger.

Au test de Minnnesota multiphasic, on note des éléments de psycho-rigidité légère, un certain déséquilibre, mais non la note névrotique habituelle chez les anorexiques.

EVOLUTION.

Le poids remonte à 48 kg en trois semaines. La courbe est remarquable par ses stationnements coïncidant avec les visites du mari.

Elle est revue en mars 1957 après trois semaines passées avec ses enfants; elle pèse 55 kg.

Elle est revue à nouveau en mai 1957 : la reprise de la vie conjugale s'est soldée par une certaine tendance au dégoût alimentaire et une perte de poids de 2 kg. On lui donne un léger traitement calmant (5 Equanil).

Elle est revue fin mai 1957 avec une reprise de poids de 3 kg ainsi que ses règles. Elle comptait reprendre son travail bientôt.

OBSERVATION N° 24

Mme L... Mireille.

Mireille L... est âgée de trente-trois ans quand elle entre dans le Service le 21 août 1956 à la Salpêtrière. Elle est anorexique, aménorrhéique et pèse 27 kg.

Le début des troubles est lointain et remonte à son mariage. Elle s'est mariée à vingt-sept ans et connaissait son mari depuis quatre ans, car celui-ci venait régulièrement la voir chez ses parents. Elle nous dira qu'elle fut rapidement déçue : son mari est égoïste, sans attention pour elle, la négligeant. Elle crut même, pendant un certain temps, qu'il la trompait.

Une série de petits troubles somatiques sont apparus bientôt : douleurs épigastriques, constipation, céphalées, vertiges, troubles qu'elle amplifie dans l'intention de ramener son mari à elle. Mais il n'y a pas de perte véritable de l'appétit. Elle sélectionne son alimentation pour éviter les douleurs épigastriques. Elle maigrit légèrement de 42 kg à 38 kg pour une taille de 1,49 m.

Tous ces petits troubles somatiques cèdent complètement pendant une grossesse, à vingt-neuf ans, pour réapparaître ensuite. Ils cèdent également pendant une période de vacances. Cependant, ces troubles sont compatibles avec une vie normale jusqu'en 1953. Elle a, à cette époque, de gros soucis d'argent et d'appartement; elle perd finalement une grosse somme d'argent et l'appartement qu'elle convoitait.

L'amaigrissement s'accélère depuis cette période, malgré un traitement par Stérandryl et Insuline. Ce traitement semble avoir même accru les troubles. Elle se plaint de plus en plus de céphalées orbitaires et occipitales au moment des repas; les palpitations, les vertiges, les angoisses sont fréquents. Elle devient insomniaque; les cauchemars sont fréquents où elle rêve que sa famille (mari et fille) est tuée. Les troubles dyspeptiques avec flatulence entravent son alimentation. L'aménorrhée apparaît et s'accompagne de frigidité; l'asthénie est importante; il existerait des périodes d'obnubilation et de somnolence.

ANTÉCÉDENTS.

On sait peu de chose sur ses parents qui seraient bien portants.

Elle est fille unique et sa santé fragile fut la préoccupation de toute la famille. Le développement psycho-moteur fut normal. Ce ne fut jamais une grosse mangeuse.

EXAMEN.

C'est une jeune femme fluette et de petite taille (1,49 m) et d'une maigreur squelettique actuellement : elle pèse 27 kg; elle est hypothermique; la tension est à 9-6. L'examen neurologique est négatif; l'abdomen est un peu douloureux à gauche du fait d'une constipation opiniâtre; elle est aménorrhéique.

Des radios de l'estomac et du côlon sont demandées et se révèlent normales.

La glycémie est à 0,78.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE.

Il confirme la mésentente conjugale et les tendances hypocondriaques de la malade.

EVOLUTION.

L'isolement et la suralimentation la font passer de 27 kg à 34 kg en quinze jours, puis le poids plafonne et n'augmente plus malgré un bon appétit.

Elle sort en octobre 1956 toujours à 34 kg avec encore quelques troubles dyspeptiques et une aménorrhée.

Nous la revoyons en février 1957 : les règles sont revenues; le poids est toujours stationnaire. L'appétit est excellent et s'accompagne par moment de véritables fringales.

Une courbe d'hypoglycémie provoquée est demandée et nous revient en nous montrant qu'il existe un trouble de la glyco-régulation : trois heures après l'injection hypoglycémique la glycémie est encore à 0,40.

OBSERVATION N° 25

Mme D... Jacqueline.

Jacqueline D... âgée de trente-neuf ans, présente une anorexie grave remontant à plusieurs années.

ANTÉCÉDENTS.

Dès son enfance, très maigre, elle était la « grande bringue » dépassant d'une tête ses autres camarades (1,78 m). Elle a toujours été gênée par sa taille et son poids.

Il existe entre elle et sa mère une incompréhension totale. Cette dernière, autoritaire, agressive, a toujours considéré sa fille avec dédain et l'a menée durement. Elle agit de même avec son mari, psychasthénique profond, mais qui réussit à diriger une grosse affaire avec succès. Morphologiquement, il ressemble beaucoup à sa fille. Il existe d'autres enfants avec lesquels la mère s'entend mieux.

Après un échec sentimental et un échec également dans ses études, elle se marie avec un individu qu'elle n'aime pas, en grande partie pour justifier ses échecs et pleure le jour du mariage sur sa décision.

Le mari est un homme autoritaire, rigide, juge d'instruction, qui demeure en province dans une petite ville. D'un niveau social très nettement inférieur, dès le début il existe une opposition entre le mari et la belle-famille sur le plan financier. Très rapidement la malade s'ennuie et maigrit d'année en année; son mari la considérant comme une petite fille, elle geignant et se traînant dans son appartement.

Après plusieurs phases d'amélioration et d'échec, diverses cures, elle s'améliore légèrement par des pratiques religieuses. Elle essaye de se faire traiter par un guérisseur chinois qui lui enseigne les deux principes : ying et yang et lui fait une liste des différents aliments ying et yang. Elle tente de suivre ce

régime très amaigrissant. Elle est déjà aménorrhéique depuis quelques mois. Les parents, affolés, et en partie contre l'avis du mari, l'isolent dans une maison de santé où l'agitation est telle que le psychiatre de cette clinique réclame sa sortie.

Elle sort de la clinique, ayant pris 1 kg et le Docteur SIGWALD la met à de petites doses de Stémétil avec une garde chez elle. Elle est suivie par le Docteur LEROY.

Elle présente alors des états d'angoisse importants et au cours d'un T A T on voit un refuge dans des activités de sublimation (musique, peinture). Elle attribue une grande importance au regard.

Pendant quelque temps elle accepte de manger ce qu'on lui donne, faisant toujours des calculs d'aliments ying et yang. Ses repas vont se constituer de la façon suivante : réclamant un plat, pour en redemander un autre cinq minutes après, elle finit par avoir sur sa table une cinquantaine de mets différents dont elle prend une bouchée de chaque, suivant les principes de ying et yang. Elle se plaint toujours de douleurs épigastriques sous conteste organique, et peu à peu on peut considérer qu'on tombe dans un délire d'alimentation.

Le mari, exaspéré, dit un jour, au médecin et aux parents, qu'il considère sa femme comme perdue. Celle-ci, toujours aménorrhéique, fait des cures à Nériss, en même temps que son mari, hypersthénique et surmené dans son métier. La mésentente croissant entre les parents et le mari, une solution désastreuse est adoptée par les parents de la malade qui la prennent chez eux. Elle continue son existence de même style, avec des heurts fréquents avec sa mère.

Elle est alors perdue de vue et revue, par hasard, quelques mois plus tard. On se trouve, alors, devant un véritable délire collectif. La malade est toujours semblable, mais elle rend la vie de la famille, surtout au cours des repas, si invraisemblable que son père finit par déclarer qu'elle est une succube. Il extériorise alors des idées para-délirantes sur sa fille qui « aspire la vitalité des autres ».

En résumé, tableau de maigreur familiale avec névrose d'échec du fait de sa conformation. Echec du mariage, apparition d'une anorexie mentale tardive (vers la trentaine) qui vire au délire alimentaire sous l'influence d'un guérisseur chinois.

OBSERVATION N° 26

M. D... Gérard.

Gérard D... est un enfant de dix ans amené par sa mère pour anorexie en novembre 1957.

Le début remonte au 24 septembre 1957; il porte ce jour-là à sa bouche une bille en acier (dont le diamètre est la moitié d'une bille ordinaire) et l'avale par mégarde.

Il a très peur ainsi que sa mère; cependant il se calme assez rapidement et le lendemain il mange comme d'habitude.

Progressivement, les jours suivants, il devient plus nerveux, ne supporte aucune remontrance de la part de sa famille. Il dort mal; il a des cauchemars

au cours desquels il se réveille et pousse des cris en appelant sa mère au secours. Il raconte que l'un de ses rêves le plus fréquent est qu'on lui enfonce quelque chose dans la bouche.

A partir du mois d'octobre, il ne veut plus déjeuner à la cantine de l'école; il a peur de mal avaler et sent quelque chose le gêner dans la gorge.

Quatre à cinq jours après, il attrape la grippe (pas d'angine constatée; courbatures importantes prédominantes à la nuque, mais sans raideur de celle-ci).

L'anorexie devient plus importante; il sélectionne sa nourriture; il mastique de plus en plus ses aliments; il avale de très petites bouchées; il boit cependant normalement.

Le résultat est un amaigrissement rapide de 2 kg.

Des radios de l'œsophage et de l'estomac sont pratiquées et se révèlent normales; la bille a disparu du tube digestif.

Il y a trois semaines, il présente brusquement un état nauséux s'accompagnant d'amaurose passagère et d'une pâleur impressionnante sans qu'il y ait de perte de connaissance véritable. Il continue à manger très peu et ne va plus à l'école depuis une dizaine de jours quand nous le voyons pour la première fois.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Ceux-ci montrent une famille unie : un père âgé de trente-trois ans, chaudronnier, de tempérament calme; une mère âgée de trente-sept ans, nerveuse, avec quelques tendances obsessionnelles; deux frères, l'un de cinq ans et demi, l'autre de seize ans, nerveux tous les deux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Ceux-là révèlent une grossesse et un accouchement normaux. L'allaitement maternel ne dura que quinze jours du fait d'une phlébite de la mère. L'enfant supporta bien la mise au Pelargon et les premières bouillies dès quatre mois. Il mange à la cuillère à six mois.

Au point de vue développement psycho-moteur, il sourit à sa mère dès deux mois et demi; il s'assied à sept mois; il marche à treize mois; il parle et dit ses premières phrases dès deux ans.

Cependant il persiste une énurésie nocturne jusqu'à quatre ans et demi.

Il attrape les maladies enfantines suivantes : varicelle, coqueluche, rougeole. On note un spasme du sanglot pendant la première année; une amygdalectomie à deux ans et demi, une appendicéctomie à quatre ans et demi.

Sa scolarité fut normale mais moyenne; à cinq ans il est mis à l'école maternelle; à six ans il va à la grande école et redouble sa classe actuellement.

EXAMEN.

C'est un enfant lent, asthénique, parlant peu, ne semblant pas angoissé de prime abord. On note par contre une onychophagie importante.

Les parents rappellent que l'enfant a été très effrayé par la mort d'un de ses camarades de classe étouffé par une bouchée trop grosse de viande. Il n'a pas assisté à l'accident lui-même qui se serait passé quelque temps avant l'avalement de la bille.

Il est peu démonstratif en temps normal à la maison; il rend spontanément service à sa mère.

A l'école, on note qu'il n'est pas turbulent et qu'il se lie difficilement avec ses camarades de classe.

Les tests mentaux (Binet, Simon, niveau scolaire) montrent des résultats homogènes avec une attitude appliquée, un effort devant les épreuves. L'âge mental est de huit ans pour un âge réel de neuf ans sept mois: les acquisitions scolaires sont en rapport avec le niveau intellectuel.

EXAMEN SOMATIQUE.

Ce dernier est négatif, sinon un amaigrissement, 22 kg pour 1,27 m, un éréthisme cardiaque, pouls 100, TA 10.5, une myopie bilatérale corrigée par des lunettes.

Le développement sexuel est normal. L'examen neurologique également.

L'EEG montre un tracé labile, avec un rythme alpha lent et instable de 8 et 9 C/seconde, localisé aux régions occipitales, mêlé à des rythmes theta assez abondants diffus.

Il n'existe ni anomalies paroxystiques, ni anomalies en foyer. Le tracé est dans les limites du normal.

Le FO est normal.

EVOLUTION.

L'isolement et une brève psychothérapie lui font reprendre du poids en quinze jours.

OBSERVATION N° 27

M. V... Richard.

Richard V... est un garçon de douze ans que nous avons vu pour la première fois dans le Service du Professeur LAMY en novembre 1955. Il y est hospitalisé pour un tableau fait : d'un amaigrissement de 7 kg en quatre mois, de somnolence, d'asthénie, de douleurs épigastriques, avec ballonnement, d'une sensation de double œsophagienne.

Cet état s'est installé assez brusquement lors d'un voyage au Tchad, en juin 1955, où il allait rejoindre ses parents. Il est renvoyé en France en septembre 1955 mais son état ne fait que s'aggraver. A l'hôpital toutes les investigations somatiques tant digestives qu'endocriniennes demeurent négatives. L'interrogatoire seul permet de préciser un fait important. Lors d'un séjour précédent dans la région du Tchad, alors qu'il avait huit ans, il se trouvait au bord d'une rivière avec son petit frère âgé de cinq ans et demi. D'après le récit de Richard, ce petit frère est tombé à l'eau et s'est noyé. Mais il s'est montré extrêmement réticent sur les modalités précises de l'accident. La mère avait eu à ce moment-là déjà un soupçon quant à un rôle plus actif joué par Richard. Il avait paru, entre huit et douze ans, avoir complètement oublié ce drame; son retour dans la même

région semble avoir une relation assez précise avec le début de sa somato-névrose.

L'hospitalisation permit de lui faire reprendre 2 kg. A sa sortie il reprit la vie commune avec sa mère et un autre petit frère âgé, en 1956, de quatre ans. Cependant, son comportement n'était pas exempt d'anomalies. Il oscillait entre des périodes dépressives lors desquelles il parlait de suicide et des périodes d'agressivité avec crises de colère et de rage; de même sur le plan alimentaire, il passait par des alternatives d'anorexie et de boulimie extraordinaires se terminant elles-mêmes par des troubles digestifs intenses. Sa réticence, son refus de contact nous ont empêché d'entreprendre toute investigation et psychothérapie immédiates; et nous l'avons perdu de vue ensuite.

OBSERVATION N° 28

M. B... André.

André B... a vingt-sept ans lorsqu'il est vu pour la première fois par le Docteur C. K. Il y a cinq ans qu'il a perdu l'appétit : il pesait 63 kg pour 1,76 m en 1944, 49 kg en avril 1956; il descendra jusqu'à 39 kg en décembre 1951. Voici son histoire :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Son père, âgé de soixante-neuf ans, a une petite usine d'ébénisterie; c'est un homme calme, bienveillant et affectueux. Sa mère, de quelques années plus jeune, avait fait, avant son mariage en 1914, un épisode dépressif marqué par des troubles digestifs intenses et une anorexie complète. Elle aurait été guérie par la belladone et une transfusion.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

André est fils unique; dans son enfance il était un enfant ouvert, gai, un véritable petit athlète d'après sa mère. Il fut assez couvé par sa famille. Sa scolarité fut médiocre. Dès son adolescence il nourrissait des rêves de liberté, voulait travailler au plus vite « pour se distraire » et pour soulager ses parents dans un deuxième temps.

Il s'engage à vingt ans, mais son unité ne part pas au combat; bientôt il connaît l'ennui de la vie de garnison, la nourriture, faite de conserves, l'écœure; il a des troubles digestifs, se sent fatigué, maigrit; son anorexie s'amorce peu à peu; elle est constituée quand il revient à la vie civile et familiale en 1956.

EXAMEN.

Quand nous le voyons c'est un grand garçon maigre, asthénique, se plaignant de manifestations hypocondriaques qui l'empêchent de manger. D'autres préoccupations semblent également primordiales. Il est inquiet à l'idée de ne pas être marié à son âge. Il semble souffrir d'être à la charge des siens. Il nous semble assez agressif et opposant autant vis-à-vis de sa mère que de son père.

Il pèse à cette première entrevue 48 kg. Nous le plaçons dans une clinique spécialisée; malgré tous les efforts il ne fera qu'y perdre 3 kg. On l'envoie alors en Suisse chez des amis, loin de la famille; il y perd encore 2 kg et va tomber ainsi à 39,400 kg. Il est alors pris en main par un médecin de médecine générale, placé dans une autre clinique, mis à l'isolement strict, gavé au début. Du 1^{er} décembre 1951 au 4 décembre 1952, il passe de 39,400 kg à 61 kg. Tous ses problèmes ne sont pas encore résolus; cependant, il se fiance peu de temps après sa sortie de la clinique. Mais ses fiançailles sont bientôt rompues sans que pour cela il fasse de rechute. Bien au contraire, il monte peu à peu son petit commerce et vit indépendamment de ses parents.

OBSERVATION N° 29

M. J...

C'est un jeune homme de trente et un ans qui est amené de l'Hôpital Beaujon dans un état de cachexie extrême. Il est hospitalisé dans le Service Henri-Rousselle en janvier 1958.

ANTÉCÉDENTS.

Né en Algérie, il suit, avec son frère et sa sœur aînée, ses parents en Dordogne. Sa mère meurt tuberculeuse quand il a dix ans. Son père se suicide deux ans après la mort de sa femme.

Il retourne vivre en Algérie chez ses oncles. Il fit une scolarité moyenne.

Sa sœur nous dit qu'il fut un enfant distrait. Adolescent il fut très bohème, instable, ne se plaisant nulle part. Il était, d'autre part, très catholique et passait ses dimanches dans les églises.

Au retour de son service militaire débutent ses troubles, en 1946, par une inappétence, une fatigabilité, un amaigrissement progressif. Le malade se désintéresse progressivement de la vie extérieure.

Sa sœur nous dira qu'il était devenu mystérieux, replié sur lui-même.

Les préoccupations mystiques sont importantes, aboutissant, aux dires du malade, à une anxiété importante avec phobie du sang et de la viande.

EXAMEN CLINIQUE.

La cachexie est extrême, le malade pèse 32 kg pour 1,80 m.

Le cœur est normal, le pouls ralenti à 52, la tension artérielle basse à 8-4.

L'abdomen est normal, sinon des douleurs sans localisation précise dans le F.T.D.

Les réflexes sont normaux, mais il existe des douleurs polynévritiques des membres inférieurs.

Il n'y a pas de troubles des phanères. La pilosité est de type féminin.

Il n'y a pas de coloration anormale mélanodermique.

Les examens complémentaires donnent : urée 0,35; numération montrant une anémie à 2.840.000 GR, 10.000 GB; Hb 56 % VCI; poly. neutro. 92 %; éosino

et baso. 0; monocytes 1,5; lymphocytes 6,5. Les GR présentent une légère anisocytose.

Les protides totaux sont à 65 g ‰, les lipides à 3,2 g ‰, le cholestérol à 1 g ‰.

Les radios gastriques pratiquées à Beaujon sont normales.

Aucune tumeur pancréatique décelable. Amylasémie à 28 unités.

Examen de selles : normal.

Les radios de la selle turcique sont normales.

L'EEG est perturbé : « rythme alpha de 9 C/seconde, assez abondant, mais morcelé, irrégulier, mal limité spatialement, sensiblement symétrique sur les deux hémisphères. Il est intriqué d'assez nombreux rythmes rapides de faible voltage. La réaction d'arrêt est médiocre ou abolie. On recueille de nombreux éléments lents, diffus, à prédominance antérieure, de fréquence thêta et delta et d'amplitude modérée. Ces éléments sont plus importants encore lors du montage qui dérive les structures profondes. La stimulation lumineuse intermittente entraîne bien les rythmes occipitaux.

Conclusion : tracé très perturbé en faveur d'un processus évolutif intracrânien soit expansif profond, soit infectieux, soit trouble de l'électrogénèse par malnutrition en rapport avec la cachexie du malade. »

Le FO est normal.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE.

Le malade a une intelligence claire et même assez remarquable qu'il met au service de son trouble. Il connaît sa maladie, discute des origines hépatiques possibles et nous verrons qu'il dissimule habilement ses aliments au cours de l'hospitalisation.

On note une macropsie des aliments. De nombreux rites de conjuration naturelle. Il se lave fréquemment avec une méticulosité extrême. Il se masse souvent l'abdomen pour « faciliter la circulation ». Enfin, il invoque des crises de foie à l'origine de son anorexie. Il n'y a pas d'idées d'empoisonnement exprimées. Il n'y a pas d'idées de ruine. Il n'y a pas de troubles du cours de la pensée.

En conclusion : le refus d'aliment présenté par le malade n'est pas total. Il y a surtout une phobie du sang et de la viande, des symptômes hystériques, obsessionnels et hypochondriaques. Les symptômes névrotiques, les antécédents de déséquilibre, la conservation d'une intelligence claire éliminent le diagnostic de syndrome psychiatrique aigu ou de syndrome démentiel.

Cependant, le polymorphisme des troubles névrotiques et la sthénie extraordinaire apportée par le malade à la recherche de l'inanition font penser à un mécanisme psychotique, non pas mélancolie, mais un état délirant à forte charge passionnelle tel qu'un état mystique auquel peuvent faire penser certains antécédents. A ce sujet, la réticence du malade est extrême.

EVOLUTION.

Dans un premier temps, le malade paraît apaisé, dit se plaire dans le service, s'alimente peu mais en quantité apparemment suffisante. En fait, il maigrit toujours et les quantités absorbées sont moindres encore qu'on ne le pensait. Il

dissimule en effet habilement les aliments solides, les distribue à ses camarades, trompe la surveillance du personnel, se livre à une activité « sportive » frénétique pour éliminer les calories.

L'amaigrissement continue et la thérapeutique devient difficile à concevoir.

La sismothérapie ou tout autre moyen d'alimentation forcée par sonde est contre-indiquée du fait de la fragilité de ce malade (ostéoporose importante). La thérapeutique médicamenteuse (neuroleptiques intra-musculaires) est rapidement stoppée devant l'importance de la dépression circulatoire et respiratoire. L'attitude classique du marchandage en face de l'anorexique mental aboutit rapidement à une augmentation de l'opposition sthénique du malade. Malgré l'interdiction des visites, l'évolution est fatale par collapsus irréversible le 25 janvier 1958.

CONCLUSIONS

Dans cette étude de l'anorexie mentale nous avons essayé de mettre en valeur les éléments psychiques de cette maladie.

Dans une première partie, nous avons repris les différents symptômes de cette entité clinique en essayant de dégager les diverses particularités psychologiques : de l'anorexie qui semble être plus fréquemment un dégoût alimentaire ou un refus volontaire d'aliments plus qu'une perte de l'appétit au sens strict du mot; des troubles gastro-intestinaux qui peuvent motiver l'anorexie.

Nous avons enfin étudié le retentissement psychique du syndrome de dénutrition qui ferme la boucle de ce cercle vicieux.

Dans une deuxième partie, nous avons abordé l'étude psychiatrique proprement dite de l'anorexie mentale en analysant successivement la situation conflictuelle déclenchante, l'état mental et le développement de l'anorexique.

Dans ce premier chapitre, intitulé *Situation conflictuelle*, nous avons essayé de dégager les diverses motivations affectives, professionnelles et physiques retrouvées comme circonstances déclenchantes de l'anorexie mentale. Nous avons montré que ce n'était pas en général un conflit simple, mais une situation conflictuelle complexe relevant de plusieurs motivations à la fois.

Cependant, la valeur en soi de cette situation conflictuelle a été critiquée ensuite et nous avons vu qu'elle était peu différente des conflits retrouvés dans toute existence humaine. Parfois, on peut retrouver une accumulation un peu trop importante de conflits dépassant les capacités de résistance d'un sujet normal. Mais c'est surtout la signification que prend cette situation conflictuelle dans la vie individuelle de chacun de nos malades qui a retenu notre attention.

L'étude de l'état mental de ces malades a été ensuite abordée. Nous avons retrouvé la fréquence d'une évolution intellectuelle brillante; par contre, l'évolution affective de ces malades est plus ou moins profondément perturbée. Si chez les anorexiques jeunes, il s'agit d'une arriération affective avec angoisse apparaissant devant

les problèmes posés par l'entrée dans une vie d'adulte, l'état névrotique se précise chez les sujets plus âgés, à tel point que l'anorexie devient un symptôme susceptible d'être retrouvé dans des tableaux variés, hystérique, psychasthénique, obsessionnel, hypocondriaque, voire des tableaux psychotiques : schizophrénique, psychose maniaco-dépressive, état délirant.

Le développement de l'anorexique a été ensuite envisagé. Nous avons évoqué le milieu familial dans ses aspects généraux et dans ses diverses attitudes particulières du père, de la mère et de la fratrie.

Nous avons retrouvé la fréquence de la survenue de l'anorexie dans un milieu modeste. Les attitudes parentales ne nous ont pas semblé très différentes de celles des parents d'autres névrosés. Cependant nous avons noté la fréquence de l'absence de bonne image paternelle, qui rejette l'enfant dans des relations binaires mère-enfant excessives.

Nous avons essayé de schématiser le développement de l'anorexique en deux parties qui nous semblent se retrouver le plus fréquemment :

— soit le type de la jeune fille gracile, longiligne, imaginative, présentant le plus souvent un dégoût alimentaire ou une perte de l'appétit;

— soit le type de la jeune fille d'aspect plus robuste, de caractère plus énergique où l'anorexie débute plus fréquemment par une restriction alimentaire volontaire.

Le pronostic et l'évolution ont été ensuite abordés et nous pensons pouvoir distinguer l'anorexie réactionnelle à une situation conflictuelle actuelle traumatisante de meilleur pronostic que l'anorexie, expression d'un état névrotique persistant après la guérison du syndrome anorexique.

Nous avons enfin tenté une classification des différentes conceptions pathogéniques sur un plan historique au début, et en insistant tout particulièrement, à la fin de notre travail, sur les conceptions psychologiques, physiologiques et pathologiques qui nous semblent être les voies d'abord les plus fructueuses pour l'étude de l'anorexie mentale.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MICHAUX

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- ALEXANDER (F.). — La Médecine psycho-somatique. Ses principes et ses applications. (Payot, Paris, 1956.)
- CODET (H.). — Problèmes actuels de l'hystérie. (*Evol. Psychiat.* fasc. 2, pp. 3-44.)
- CRÉMIEUX (A.). — Les difficultés alimentaires de l'enfant. (*Paidéa*, P U F, Paris, 1955.)
- DEBESSE. — Crise d'originalité juvénile. (Alcan, Paris, 1936.)
- DÉJÉRINE (J.) et GAUCKLER (E.). — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. (Masson, 1911.)
- DEBRÉ, MOZZICONACI et ALLOITEAU. — Troubles de l'appétit. (*Sem. Hôp. Paris*, 1950, n° 11.)
- DELAY (J.). — Etudes de psychologie médicale. (P U F, Paris, 1953.)
— La doctrine psycho-somatique. (*Presse Méd.*, 13 décembre 1947.)
- DEUTSCH (H.). — La psychologie des femmes. (*Enfance et adolescence*, P U F, Paris, 1949 [traduit].)
- DUPRÉ (E.). — Les déséquilibres constitutionnels du système nerveux. (Baillière, Paris, 1919.)
- EY (H.). — Médecine psycho-somatique. (*Evol. psychia.*, 1947.)
- FREUD (Anna). — Le moi et les mécanismes de défense. (P U F, Paris, 1952 [traduit].)
- FREUD (S.). — Cinq psychanalyses. (P U F, Paris, 1952 [traduit].)
— Inhibition, symptôme et angoisse. (P U F, 1951 [traduit].)
— Trois essais sur la théorie de la sexualité. (Gallimard, 1932 [traduit].)
- FREUD (S.) et BREUER. — Etudes sur l'hystérie. (P U F, 1956 [traduit].)
- HESNARD. — Univers morbide de la faute. (P U F, 1954.)
— Le mécanisme psychanalytique de la névrose hypocondriaque. (*Revue Franc. de Psychan.*, 1929, pp. 30-31.)
- JANET (P.). — Les névroses. (Flammarion, Paris, 1910.)

- LALISSE (B.). — Processus psycho-somatiques de l'enfance. (Thèse, Paris, 1953, dactyl.)
- MASSERMANN (J.). — Principes de psychiatrie dynamique. (P U F, 1956 [traduit].)
- MICHAUX (L.). — Rôle des insuffisances fonctionnelles congénitales ou acquises dans la localisation des manifestations psycho-somatiques de l'enfance; les meïopragies d'appel. (XIII^e Congrès des Pédiatres, Alger, 1953.)
- NACHT (S.) et collaborateurs. — Psychanalyse d'aujourd'hui. (P U F, Paris, 1956.)
- RACAMIER. — Etudes des frustrations précoces. (*Revue Franç. de Psychan.*, 1953-1954 [Bibliographie].)
- SPITZ. — Révélations préobjectales du nourrisson. (*Revue Franç. de Psych.*, 1954.)
- SOULAIRAC (A.). — Les régulations psycho-physiologiques de la faim. XXVI^e Réunion de l'Association des Physiologistes de Langue Française. (*Journal de Physiol.*, avril-mai 1958, pp. 663-783.)
- WEIL (J.) et BERNEFELD (J.). — Le syndrome hypothalamique. (Masson, Paris, 1954.)
- WILSON (G.). — Transition from Organ Neurosis to conversion hysteria. (*Int. J. Psa.*, 1938, n° 19, part. I.)

BIBLIOGRAPHIE DE L'ANOREXIE MENTALE

- ALBEAUX, FERNET, JAKI, CHABOT. — Mode de constitution et traitement des maigreurs fonctionnelles de la jeune fille. (*Sem. Hôp. de Paris*, 1954, n° 34.)
- ALBIEZ (J.), CODACCIONI (J.L.) et GOMILLA. — Anorexies mentales masculines. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1954, n° 5, pp. 697-711.)
- ARROU-VIGNOD (J.L.). — L'anorexie mentale. Etudes de quelques mécanismes pathogéniques. (Thèse, Bordeaux, 1956, impr.)
- BARQUES (R.) et NEUVEGLISSE (D.). — A propos d'un cas d'anorexie mentale. (*Evol. Psychiatr.*, 1950, n° 2, pp. 293-298.)
- BEAUCOURT (J.). — Analyse psycho-somatique de l'anorexie mentale. (Thèse, Bordeaux, 1958, dactyl.)
- BERGOUIGNAN (M.). — L'anorexie mentale. (*Sem. Hôp. de Paris*, 2 oct. 1956, n° 58, pp. 2.983-2.985.)
- BILLIOTTET (J.) et GOASGUEN (P.). — Guérison rapide d'une anorexie mentale par la déconnexion. (*B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 28 mai 1954, n° 17-18, pp. 571-574.)
- BARTELS (E.D.). — Etudes sur le métabolisme de l'anorexie mentale. (*Acta Med. Scand.*, 1946, n° 124, pp. 185-211.)
- BECKS (J.C.). — Observations sur le pronostic de l'anorexie nerveuse. (*Acta Med. Scand.*, 1954, n° 6, pp. 409-430 [Bibliographie].)

- BERKMAN. — Fonctional Anorexie et fonctional vomiting. (*Med. Cli. N. A.*, 1939, n° 23.)
- BOUTONNIER (J.) et LEOVICI (S.). — Le rôle de la mère dans la genèse de l'anorexie mentale. (*Cahier Psych.*, 1948, n° 2, pp. 3-9.)
- Le facteur psychique dans l'anorexie mentale. (*Pédiatrie*, 1948, n° 3, pp. 7-12.)
- CARRIER (J.). — L'anorexie mentale. (Thèse, Lyon, 1939, édit. Le François, imp.)
- CHIMENES (H.). — De l'anorexie mentale au diabète sucré. (*Pr. Méd.*, mars 1955, n° 10, p. 382.)
- CODET (O.). — A propos de trois cas d'anorexie mentale. (*Revue Franç. de Psychan.*, 1948, n° 12, p. 81.)
- CORNIL (L.) et SCHAFTER (M.). — La querelle de l'anorexie mentale. (*Encéphale*, 1939-1940, pp. 371-390.)
- COURCHET (J.L.). — Etude analytique d'un cas d'anorexie mentale. (*Evol. Psych.*, 1947, n° 2, pp. 43-59.)
- CRÉMIEUX (A.). — Les anorexies mentales. (*Cong. Alién. Montpellier*, 1942, pp. 47-48.)
- CRÉMIEUX (A.) et DONGIER (M.). — Observations statistiques sur les familles où survient une anorexie mentale. (*Ann. Médic. Psychol.*, 1956, n° 4, p. 639.)
- CATHALA. — Les anorexies des jeunes enfants. (*Le Nourrisson*, 1949.)
- DEBRÉ, MOZZICONACI et DOUMIC. — Etude psycho-somatique de l'anorexie nerveuse de l'enfant. (*Sem. Hôp. Paris*, 1950, n° 11, pp. 455-462.)
- DECOURT (J.). — Nosologie de l'anorexie mentale. (*Presse Méd.*, 9 juin 1951.)
- L'anorexie mentale au temps de Lasègue et de Gull. (*Presse Méd.*, mars 1954, n° 16.)
- DELAY (J.). — La narco-analyse d'une anorexie mentale. (*Presse Méd. J.*, 1949, n° 40, p. 577.)
- DONNADIEU (M.J.A.). — L'anorexie mentale, ses caractères psychologiques. (Thèse, Bordeaux, 1932, impr.)
- DUBOIS (F.S.). — Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa). (*Am. J. Psychiat.*, 1949, 106, pp. 107-115.)
- Anorexia nervosa. Metabolism and ites relation to psychopathologic reactions. (*Am. J. Psychiat.*, 1944.)
- EMMANUEL (R.W.). — L'activité endocrinienne dans l'anorexie nerveuse. (*J. of Clin. Endocr.*, juin 1956, n° 16, pp. 801-816 [Bibliographie].)
- ESCAMILLA (R.F.) et LISSER (H.). — Simonds Disease : a clinical study with review of the literature. Differentiation from anorexia Endocrinology, 1942, n° 2, p. 65.)
- EUZIÈRE et BERT. — Autoérotisme consenti et anorexies mentales. (*Cong. des Médecins Neurol. et Alién. de Langue Française*, Montpellier, 1942.)

- EISSLER (K.). — Some Psychiatric aspects of anorexia nervosa. (*Psychanal. Review*, 1943, pp. 10-13.)
- FÉRON (J.A.A.). — L'anorexie mentale. (*Thèse*, Paris, 1956, Multig. 44 pages.)
- GIBERTI (F.). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur un cas d'anorexie mentale. (*Minerva Méd.*, 28 juillet 1953, 44, n^o 59-60, p. 282.)
- GENNES (DE). — Les anorexies mentales. (*Gaz. Méd. France*, décembre 1955, n^o 23, p. 170.)
- HAGEDORN. — (*Acta Med. Scand.*, 23 mars 1955, 151, n^o 3, pp. 201-208 [Bibliogr].)
- HERTZ (H.). — L'anorexie nerveuse. (*Acta Med. Scand.*, 1952, suppl. 266, pp. 523-527 [Bibliographie].)
- KAY (M.A.). — Anorexie mentale. Etude du pronostic. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1933, 46, pp. 669-674.)
- KAY (M.A.) et LEIGH (D.). — The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa based on a study on 38 patients. (*J. of Mental Science*, 1954, 100, pp. 411-431.)
- KLOTZ (H.P.) et LUMBROSO (P.). — Remarques cliniques pathogéniques et thérapeutiques sur l'anorexie mentale. La notion d'« abiorexie ». (*Sem. Hôp. Paris*, février 1955, n^o 8, pp. 440-445.)
- KUHN (R.). — L'analyse de l'être de l'anorexie mentale. Deuxième étude. (*Nervenarzt*, mai 1953, n^o 5, pp. 191-198 [Bibliographie].)
- LABBÉE (P.). — L'anorexie mentale. Données récentes sur la pathogénie. (*Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, 1952; pp. 164-174.)
- LABOUCARIE et BARRÉS. — Aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques sur l'anorexie mentale. (*Evol. Psychiat.*, 1954, pp. 119-146.)
- LAFON (R.) et BILLET (M.). — Anorexie essentielle des jeunes filles et encéphalopathies atrophiantes. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1950, pp. 248-250.)
- LAUNAY (Cl.). — Anorexies mentales des grands enfants et des adolescents. (*Gaz. Méd. France*, février 1955, pp. 177-185.)
- LEBEON. — Le psycho-diagnostic rapide de l'anorexie mentale en clientèle. (*Thèse*, Paris, 1951, 55 pages.)
- LEBOVICI (S.) et BOUTONNIER (J.). — Anorexies masculines. (*Le Médecin Français*, avril 1947.)
- LOO (P.). — Anorexie mentale. Maladie de Simmonds. Maladie de Sheedan. (*Ann. Méd. Psychol.*, mars 1955, n^o 3, pp. 369-375.)
- LHERMITTE et SIGWALD. — Anorexie mentale. (*Soc. Neurol.*, 12 novembre 1942.)
- LORAND. — Anorexia nervosa, Report of a case. (*Psycho-Somat. Medicine*, 1943, n^o 5, pp. 10-13.)
- MEIGNANT (P.). — Anorexie mentale et narco-analyse. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1952, n^o 27, pp. 21-88.)
- MONRAD-KROMN (G.M.). — Anorexie mentale avec CR d'un cas rare. (*Acta Psychol. Neurol.*, 1952, 27, n^{os} 1-2, pp. 125-136.)

- MASSERMANN (J.M.). — Psycho-dynamisme in Anorexia nervosa and neurotic vomiting. (*Psychanal. Quart.*, 1941, 10, p. 211.)
- MEMBRIVES (J.R.). — Traitement de l'anorexie mentale par la corticotrophine. (*Prensa Med. Argent.*, 28 décembre 1951, n° 52, pp. 3.407-3.411 [Bibliog].)
- MEYER (B.C.) et WEINROTH (L.). — Observations on Psychological Aspects of Anorexia Nervosa; report of a case. (*Psycho-somat. Medicine*, septembre-octobre 1957, p. 389.)
- MICHAUX (L.) et GEORGES-JANET (L.). — Un facteur d'anorexie mentale des adolescentes : la répudiation des soucis matériels, affirmation d'intellectualisme pur. (*Presse Méd.*, 1956, n° 9, pp. 181-183.)
- MICHAUX (L.), GALLOT (H.M.) et BENOIT (Ph.). — De la réduction alimentaire délibérée de l'anorexie intentionnelle à propos d'une observation gémellaire. (*Revue Neuro-Psych. Infantile*, 1956, n°s 5-6, pp. 205-212.)
- MICHAUX (L.) et JUREDIEU (Cl.). — Les réactions névrotiques de culpabilité et les activités punitives après renonciation à l'anorexie intentionnelle. (*Revue Neuro-Psych. Infantile*, 1957, n°s 1-2, pp. 42-48.)
- MICHAUX (L.) et KOUPERNICK CYR. — L'anorexie mentale. Considérations pathogéniques et psycho-pathologiques. (*Inform. Méd. et Paraméd.*, Montréal, janvier 1958.)
- MICHARD (J.). — Etude clinique, biologique et critique de l'anorexie mentale. (*Thèse*, Paris, 1950, dactyl.)
- MOULTON (R.). — A psycho-somatic study of anorexia nervosa. (*Psycho-somatic Medicine*, 1942, 9, pp. 62-74.)
- NEMIAH (J.C.). — Anorexia nervosa, clinical psychiatric study. (*Boston Press. Med.*, 1950, n° 29, p. 225; *Medicine Baltimore*, sept. 1950, pp. 225-226.)
- NEYTOUB (M.). — L'anorexie de l'enfant et la médecine psycho-somatique. (*Revue Med. Suisse Romande*, avril 1955, n° 4, pp. 241-260 [Bibliographie].)
- NICOLLE (G.). — Pre-psychotic anorexia. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, janvier 1939.)
- PARIENTE (M.) et TRILLAT (E.). — Troubles des conduites alimentaires. (*Encycl. Médico-Chirur. Psychiatrie*, Tome I.)
- POROT (M.). — Test de Rorschach dans l'anorexie mentale. (*Algérie Médic.*, 1947.)
- PONTE (E.). — Anorexie mentale et traitement poly-hormonal. (*Etude clinico-thérapeutique*, *Minerva Méd.*, 13 janvier 1955, 46, n°s 3-4, pp. 67-75 [Bibliographie].)
- RAIMBAULT. — Le syndrome anorexie mentale. (*Thèse*, Paris, 1914.)
- SOULAIRAC (A.). — Régulations psycho-physiologiques de la faim. (XXVI^e Réunion de l'Association des Physiologistes de Langue Française, juin 1958.) (*J. de Physiologie*, avril-mai 1958, n° 3, pp. 663-783.)
- SCHIELE et BROZECK. — Experimental neurosis resulting from semi-starvation. (*Psycho-somatic Med.*, 1948, n° 10.)
- TIEGEL (W.). — Le traitement de l'anorexie chez l'enfant. (*Med. Klin.*, 13 août 1954, n° 33, pp. 1.297-1.298.)

- SEVIN (J.). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. (*Thèse*, Paris, 1957, impr.)
- SIEBENMANN (R.). — L'anatomie pathologique de l'anorexie mentale. (*Schweiz. Med. Wschr.*, mai 1955, 85, n° 22, pp. 530-537 [Bibliographie].)
- STAUBLI-FROLICH (M.). — Problèmes de l'anorexie mentale. (*Schweiz Med. Wschr.*, 29 août 1953, n° 35, pp. 811-817; 5 septembre 1953, n° 36, pp. 837-841 [Bibliographie].)
- SEREBRINSKY (B.). — Anorexie psychique. (*Prensa Med. Argent.*, août 1955, 42, n° 31, pp. 2387-2395.)
- SMALL (S.M.) et MILHORAT (A.T.). — Anorexie nerveuse. (*Am. J. Psych.*, 1943, 100, pp. 681-685.)
- TOLSTRUP (K.). — Anorexie mentale et hyperorexie chez des frères. (*Acta Paeda.*, juillet 1952, 41, n° 4, pp. 360-372 [Bibliographie].)
- WALLER, KAUFMAN, DEUTSCH. — Anorexia nervosa. A psychosomatic entity. (*Psycho-somat. Medicine*, 1940, pp. 2-3.)
- WEILL (J.). — Anorexie mentale en pédiatrie. (*Progrès Méd.*, 10 janvier 1955, 83, n° 1, p. 8.)
-

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE	17
ETUDE CLINIQUE	20
— Anorexie	20
— Troubles gastro-intestinaux.. . . .	21
— Amaigrissement	23
— Retentissement psychique du syndrome de dénutrition	25
— Aménorrhée	26
ETUDE PSYCHIATRIQUE	28
I. — Situation conflictuelle actuelle	28
— <i>Conflit affectif</i>	28
— <i>Conflit professionnel</i>	31
— <i>Conflit physique</i>	32
— <i>Critique</i>	34
II. — Etat mental	36
— <i>Niveau intellectuel</i>	36
— <i>Affectivité</i>	38
— <i>Etats névrotiques</i>	38
— <i>Hystérique</i>	38
— <i>Psychasthénique</i>	39
— <i>Obsessionnel</i>	39
— <i>Hypocondriaque</i>	40
— <i>Pré-psychotique</i>	40
— <i>Anorexie et boulimie</i>	41
— <i>Anorexie masculine</i>	42
— <i>Pronostic</i>	43
III. — Biographie	44
— <i>Milieu familial</i>	44
— <i>Comportement maternel</i>	44
— <i>Comportement paternel</i>	45
— <i>Comportement fraternel</i>	46

— Développement de l'anorexique	46
— Evolution	47
CONCEPTIONS PATHOGÉNIQUES	49
— Conceptions constitutionnalistes	49
— Conceptions psychologiques	49
— Conceptions physiologiques	54
— Conceptions pathologiques	55
OBSERVATIONS	57
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	103

